الجامعة الأردنية

تفويض خطي

أنا محمّد محمود أحمد إبراهيم، أفوّض الجامعة الأردنيّة بتزويد المكتبات أو المؤسّسات أو الهيئات أو الأشخاص بنسخ من رسالتي "واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلّي التابعة لوكالة الغوث الدوليّة (UNRWA) في الأردن

التوقيع:

التاريخ: ٥/٨/٢٠٠٩م

The University of Jordan

Authorization Form

I'm Mohammad Mahmod Ahmad Ibrahim, authorize the university of Jordan to supply copies of my thesis to libraries or establishments or individuals on request.

Signature:

Date: 5/8/2009

واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلّي التابعة لوكالة الغوث الدولية (UNRWA) في الأردن

إعـــداد
محمد محمود أحمد إبراهيم

المشرف
الأستاذة الدكتورة منى صبحي الحديدي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة

كلية الدراسات العليا
الجامعـــة الأردنيـــّة

آب، ٢٠٠٩م

إقرار لجنة مناقشة

نوقشت هذه الرسالة (واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية (UNRWA) في الأردن)، وأجيزت بتاريخ ٢٠٠٩/٨/٥م.

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتورة منى صبحي الحديدي/ مشرفاً أستاذ – التربية الخاصة	....
الدكتور محمد عودة الريماوي / رئيساً أستاذ – علم النفس التربوي	....
الدكتورة ميادة محمد الناطور/ عضواً أستاذ مساعد – التربية الخاصة	....
الدكتورة رغدة حكمت شريم / عضواً أستاذ مساعد – علم نفس نمو	....
الدكتور فتحي عبد الرحمن جروان / عضواً استاذ مشارك – التربية الخاصة – جامعة عمان العربية	....

إهــــــــــداء

إلى روح والدي الطاهرة - رحمه الله -،

الذي ما فتئ وهو حي يزرع في حب العلم، ويربيني على طاعة الله.

إلى والدتي التي أحاطتني بحبها وعطفها،

ولم تبخل علي بدعائها وحنا ا.

إلى أخي الذي كان وما زال مثالاً للإيثار.

إلى زوجتي سيدةِ الحور العين،

التي وصلت الليلَ بالنهار وضحت بالكثير.

إلى أبنائي فلذات كبدي (أنس، وحنين، ومحمود، ومالك)،

الذين يزيلون عن كاهلي هموم الحياة ومصاعبها،

وأرى فيهم سعادتي، وأشعر معهم باطمئنان.

إلى أصدقائي رفاق الدرب،

وإلى كل من مد إلي يد العون وشحذ همّتي.

إليهم جميعا أهدي عملي هذا، الذي آمل أن يجعله الله

– سبحانه – في ميزان حسناتي.

الشكر والتقدير

الحمد لله ربّ العالمين، والصّلاة والسّلام على سيّد الخلق وإمام المرسلين، سيّدنا محمّد الصّادق الأمين، وبعد؛

فيشرفني، بداية، أن أقدّم إلى أستاذتي الدكتورة منى الحديدي –عميدة كليّة الدراسات العليا– وافر الشكر وعظيم الامتنان؛ على تفضّلها بالإشراف على هذه الرّسالة. مؤكدًا في هذا السياق أنني وجدت فيها أستاذة فاضلة، تسخو ما وسعها السخاء، وتجود بما يجود به الكِرام، ذوو العلم الذين قال الله – سبحانه – فيهم: "إنّما يخشى اللهَ مِنْ عِبادِهِ العُلَماءُ". فهي، رغم ثِقَل المَهمّة الملقاة على عاتقها، لم تبخَل عليَّ بوقتها، وأحاطتني برعايتها، وقدّمت لي –مشكورة– توجيهاتِها السديدة، التي قوّمت مسارَ رسالتي وأغنتها؛ حتى إنّ هذه الرّسالة لم تكن لتظهرَ على هذا النحوِ لولا حرصها الأكيد على أن تكون كما أرادت لها أن تكون. وإن كان ثمّة ما يُقال، فإن أستاذتي انمازت في ذلك كله عمّن سواها بسَعَةِ صدرها ورحابة فكرها.

ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذ الدكتور محمد عودة الريماوي – نائب عميد كلية العلوم التربوية – على تفضله بالإسهام في رئاسة مناقشة هذه الرسالة، التي يضفي حضوره عليها طابعًا علميًّا رصينًا، ويمنحها ألقًا وحضورًا لافتًا.

كما يشرّفني أن أتقدّم بالشكر الوافر إلى أساتذتي أعضاء لجنة المناقشة: الدكتور فتحي عبد الرحمن جروان، والدكتورة ميادة محمد الناطور، والدكتورة رغدة حكمت شريم، الذين تكرّموا بالنظر إلى هذا العمل نظرة العالم العارف، ووافقوا على مناقشتي فيه.

ولا يفوتني أن أشكرَ الأخ الدكتور ماجد حرب، الذي لم يَبخل عليَّ بملحوظاته القيّمة، ومتابعته الحثيثة، وتوجيهاته التي كان لها كبيرُ الأثر في أن يستوي هذا العمل على سوقه.

ولا يسعني في هذا المقام إلا أن أتوجّه بالشكر إلى وكالة الغوث الدوليّة، ممثلة بمديرة الإغاثة والخدمات الاجتماعيّة السيّدة مها عبد الحميد الرنتيسي، ومديرة برنامج الإعاقة السيّدة منار أحمد حسين، وإلى لجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي ممثلة برئيسها السيد علي حسن الأسمر، وإلى الأخوة والأخوات أعضاء اللجان المحليّة، ومديري مراكز التأهيل المجتمعي، الذين أفخر بهم وأعتزّ بالعمل مَعَهم.

فضلاً عن أنني أقدّم شكري وامتناني إلى المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية، ممثلة بمديرتها السيدة زينات أبو شنب، وإلى كوادرها العامل. وإلى جامعة مؤتة، وأخصّ الدكتور عوني شاهين، والدكتور محمد عبد الرحمن، وإلى المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين، وأخصّ بالذكر الأستاذ سمير محمد رمضان والدكتور محمد الحسن، والأستاذ أحمد أبو فراش، وإلى أخي الأستاذ بسام العبدالات، والدكتور نايف الزارع، والدكتور راضي أبو هواش، وإلى الزملاء فريق الأخصائيين وعاملات التأهيل لمراكز التأهيل المجتمعي، الذين أثروا هذا العمل بمعلوماتهم، وكان لهم فضلُ تطبيق إجراءاته. وبذا، كانوا خيرَ مثال للدعم والمساندة، وصورة مشرقة للعمل الجماعي.

وإن كنت أنسى، فإنني لا أنسى شكرَ والدتي، التي كان دعاؤها سبباً في توفيق الله لي، وشكر أخي، الذي ما فتئ يحثني على الاجتهادِ في طلب العلم، ويشحذ همّتي لتحقيق المزيد من الرفعة والإنجاز. وكذا أشكر لرفيقة دربي صبرَها وحسنَ عشرتها، ولأبنائي فرحَهم بما أنجزت، وأمنياتهم لي بالتوفيق.

الباحـث

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

قائمة الاختصارات أو الرموز

الصفحة	المختصر أو الرمز	معنى المختصر
ج	UNRWA	وكالة الغوث الدولية لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين
٢	WHO	منظمة الصحة العالمية
٢	UNICEF	منظمة الأمم المتحدة للطفولة
٢	ESCWA	منظمة الأمم المتحدة للتنمية لدول غرب آسيا
٣	CBR	تأهيل المجتمع المحلي
٤	ILO	منظمة العمل الدولية
٤	UNESCO	منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة
٥	UN	منظمة الأمم المتحدة
١٠٣	IM	المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية
٢٦٥	ID	الأفراد ذوو الإعاقة
٢٦٥	RCLC	مراكز تأهيل المجتمع المحلي
٢٦٥	J - UNRWA	وكالة الغوث الدولية في الأردن
٢٦٥	IDF	الأفراد ذوو الإعاقة وأسرهم

واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلّي التابعة لوكالة الغوث الدولية (UNRWA) في الأردن

إعداد

محمد محمود أحمد إبراهيم

المشرف

الأستاذة الدكتورة منى صبحي الحديدي

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى تعرف واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، وذلك من خلال وجهات نظر الأفراد العاملين في مراكز التأهيل المجتمعي والأفراد المنتفعين منها.

ولتحقيق هذا الهدف، حاولت الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- ما واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، من وجهة نظر الأشخاص العاملين (الأخصائيين والمتطوعات)؟
- هل يختلف واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، باختلاف منطقة العمل التأهيلية، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة التأهيلية للعاملين (الأخصائيين والمتطوعات)؟
- ما واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، من وجهة نظر الأفراد ذوي الإعاقة؟

- هل يختلف واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، باختلاف نوع الإعاقة، ونوع الخدمات التأهيلية، ومدة الإفادة من الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة؟
- ما واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، من وجهة نظر أسر الأفراد ذوي الإعاقة؟
- هل يختلف واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، باختلاف نوع إعاقة أبنائهم، ونوع الخدمات التأهيلية المقدمة لهم، ومدة الإفادة من الخدمات التأهيلية لأسر الأفراد ذوي الإعاقة؟
- هل يختلف واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، من وجهة نظر أسر الأفراد ذوي الإعاقة عن نظرة الأشخاص العاملين (الأخصائيين والمتطوعات) لهذا الواقع؟

وللإجابة عن أسئلة الدراسة، طور الباحث استبانة من خلال مراجعة الأدب التربوي والدراسات السابقة، وتحقق من صدقها بواسطة عرضها على محكمين، كما تأكد من ثباتها باستخدام إعادة الاختبار (Test-Re-test)، وحساب معامل كرونباخ الفا (α-Chronbach). وقد تكونت هذه الاستبانة من شقين؛ أولهما للمعلومات العامة عن الأفراد العاملين وعن الأفراد المنتفعين، وثانيهما أداة الدراسة التي تكونت من (١٥٠) فقرة، موزعة على ستة محاور، وطبقت الأداة خلال الفصل الدراسي الثاني من عام ٢٠٠٨-٢٠٠٩م على عينة الدراسة، التي تكونت من الأفراد العاملين (أخصائيين ومتطوعات) جميعهم، البالغ عددهم (١٥٤) فردا، يشكلون ما نسبته (٣٦%) من عينة الدراسة، ومن الأفراد المنتفعين (أفراد ذوي إعاقة و/ أو أسرهم) من الخدمات، البالغ عددهم (٢٧٦) فردا، يشكلون ما نسبته (٦٤%) من تلك العينة، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية المنتظمة (Systematic Rabdom Sample). وبذا، يصبح مجموع عينة الدراسة من الأفراد العاملين والمنتفعين (٤٣٠) فردا.

جمعت البيانات، وأدخلت إلى الحاسب الآلي، وجرى تحليل نتائجها باستخدام التحليل الإحصائي (SPSS)، بوساطة حساب المتوسطات، والانحرافات المعيارية؛ لمعرفة مدى مستوى الخدمات، وتم إجراء تحليل التباين الأحادي One – Way ANOVA؛ لإجراء الفروق بين المتغيرات، كما تم إجراء (LCD)؛ لأجل معرفة المقارنات البعدية لتأثير المتغير بين المتغيرات.

وقد أظهرت نتائج الدراسة فعالية خدمات التأهيل المجتمعي بحسب رأي الأشخاص العاملين في محاور: جودة تقديم الخدمات، وامتلاك المعرفة الفنية ومدى استخدامها، ووسائل التواصل الاجتماعي المتبعة، بينما نالت باقي المحاور درجة متوسطة. كما أظهرت ضعف خدمات التأهيل المجتمعي في محور استخدام التكنولوجيا، بينما حازت باقي المحاور درجة متوسطة، وذلك بحسب وجهة نظر الأفراد المنتفعين. أما خدمات التأهيل المجتمعي في محوري جودة تقديم الخدمات، ووسائل التواصل الاجتماعي، فأظهرت النتائج فعاليتها، بينما حازت باقي محاور خدمات التأهيل المجتمعي على درجة متوسطة. أما في ما يتعلق بمتغيري المؤهل العلمي وسنوات الخبرة، فأظهرت النتائج عدم وجود أثر لهذين المتغيرين في واقع خدمات التأهيل المجتمعي، بينما دلت تلك النتائج على وجود اختلاف لمتغير منطقة العمل في محاور استخدام التكنولوجيا، وكفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة، ووفرة الجاهزية المكانية الموجودة والامكانات المتاحة، وذلك حسب رأي الأشخاص العاملين. وفي ما يتعلق بمتغير مدة الإفادة من الخدمات التأهيلية، فقد أظهرت النتائج عدم وجود أثر لها، بينما دلت على وجود اختلاف لأثر متغير نوع الإعاقة في محور امتلاك المعرفة الفنية ومدى استخدامها. ووجود اختلاف لأثر متغير نوع الخدمة في محوري: جودة تقديم الخدمات، ووسائل التواصل المتبعة، وذلك حسب آراء الأفراد ذوي الإعاقة. وأما من وجهة نظر أسر الأفراد ذوي الإعاقة، فقد أظهرت النتائج اختلافـًا في واقع تقديم الخدمات في متغيري: نوع الإعاقة، ومدة الإفادة من الخدمات في معظم المحاور عدا محوري وسائل التواصل المتبعة، وكفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة، إضافة إلى وجود اختلاف في واقع تقديم الخدمات التأهيلية في متغير مدة الإفادة في محور وفرة الجاهزية المكانية الموجودة والمتاحة. بينما لم يكن لمتغير نوع الخدمات أي دلالة احصائية في اختلاف واقع خدمات التأهيل المجتمعي. فضلاً عن أن هذه الدراسة دلت في نتائجها على وجود اتساق بين وجهة نظر الأشخاص العاملين في خدمات التأهيل، ووجهة نظر أسر الأفراد ذوي الإعاقة في درجة اختلاف واقع تقديم الخدمات المجتمعية.

وعليه، فقد أوصى الباحث بإجراء المزيد من الدراسات حول مستوى فاعلية الخدمات المقدمة للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم، في مراكز تأهيل المجتمع المحلي في الأردن، مع ضرورة السعي لدعم هذه المراكز ماديا ومعنويا.

الفصل الأول

المقدمة والخلفية النظرية

المقدمة:

كرم الله - سبحانه وتعالى- الإنسان وفضله على كثير من خلقه وسخّر له الكون، قال تعالى: "ولَقَد كرمنَا بِني آدم وحملْنَاهم فِي الْبر والْبحر ورزقْنَاهم من الطيباتِ وفَضلْنَاهم علَى كَثِيرٍ ممن خَلَقْنَا تَفْضِيلاً" (الإسراء، آية ٧٠). تشكل قضية الأشخاص ذوي الإعاقة إحدى أولويات الدول والمنظمات المعاصرة، من حيث مشروعية حقهم في فرص متكافئة (Equal Opportunities) مع غيرهم في مجالات الحياة كلها؛ وفي العيش بكرامة وحرية واحترام حقوقهم وعدم التمييز (Right Based Approach) أسوة بغيرهم مـن أفـراد المجتمـع ومسـاواة بالمعاملـة (Equal Treatment)، وتم تأكيد هذا الحق من خلال التشريعات المختلفة. وأكثر من ذلك فإن مستوى الرعاية والعناية بالفرد ذي الإعاقة يشكل أحد المعايير الأساسية التي تقاس بموجبها حضارات الأمم ومستويات تطورها، فضلاً عن أن الاهتمام بحاجات الأفراد ذوي الإعاقة ومستويات الخدمات المقدمة لهم تقترن دائما بالمستوى الحضاري الذي تحتله كل بلد من البلدان، فالاهتمام بهذه الشريحة يعد مظهراً حضارياً من الطراز الأول، بما يعنيه ذلك من توجيه المجتمع لخدمة الشخص ذي الإعاقة وتمكينه من خدمة مجتمعه. وتعد قضايا الأشخاص ذوي الإعاقات وحقوقهم من أهم القضايا التي شغلت فكر ووقت المهتمين بهذا المجال، سواء على الصعيد الدولي أو على الصعيد المحلي في العمل المجتمعي والأهلي المتعلق بهم؛ وذلك لما لها من آثار سلبية وصحية ونفسية واجتماعية واقتصادية على الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم وأسرهم وعلى مجتمعاتهم، وبالتالي فهي بلا شك قضية تشكل عائقاً تنمويـا خطيرا على الأصعدة كلها.

ويشهد العالم اليوم عناية متزايدة بالإنسان من حيث صحته، وتعليمه، وتأهيله في المجالات كلّها؛ إذ هو الهدف الأسمى والوسيلة التي من خلالها يتحقق النمو والتطور وتتقدم الحضارة وتزدهر. ولكون العلاقة الإنسانية هي أرقى أنواع العلاقات على وجه الأرض، بغض النظر عن العرق واللون والدين، ولأن بيننا أُناسا ولأسباب خارجة عن إرادتهم هم بحاجة ماسة إلى من يعينهم على أداء دورهم ليكملوا مشوار حياتهم محافظين على إنسانيتهم وكرامتهم؛ فقد تعالت الأصوات التي تنادي بضرورة إيجاد خدمات تدريبية وتعليمية وتأهيلية أو علاجية تلبي حاجات الأفراد ذوي الإعاقة؛ نظرا لازدياد نسبتهم في المجتمعات كلها.

وفي هذا الصدد، أشارت منظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) إلى أن نسبة الأفراد ذوي الإعاقة في أي مجتمع تبلغ ٣~١٠%، كما ذكرت منظمة اليونسكو أن الأفراد ذوي الإعاقة تبلغ نسبتهم ١٠~١٥%، وأشار تقرير آخر ل WHO إلى أن نسبة الإعاقة في المجتمعات تبلغ ١٠%، وتزيد هذه النسبة في المجتمعات النامية؛ إذ تبلغ فيها ١٢,٣% من مجموع السكان (Hallahan & Kauffman, 1991).

والمتأمل في أعداد أفراد ذوي الإعاقة على مستوى العالم عامةً والوطن العربي خاصةً يلحظ حجم المأساة، وقد أكدت منظمة العمل العربية إن نسبة الإعاقة في الدول النامية تتراوح ما بين ١٠-١٣% من عدد السكان، بحيث يصل عدد الأفراد ذوي الإعاقة إلى ٤٠ مليون فرد من إجمالي عدد السكان البالغ (٣٠٠) مليون شخـ ـص (مركز حقوق الطفل المصري وإعاقات الطفولة، القاهرة ٢٠٠٤).

ونظرا لازدياد النمو في أعداد السكان، فإن التقديرات الإحصائية الحديثة تشير إلى أن عدد سكان العالم سيصل إلى نحو تسعة مليارات نسمة بحلول سنة ٢٠٢٥م، وبناء على ما أشار إليه تقرير WHO فإن ١٠% من مجموع السكان؛ أي حوالي (٩٠٠) تسعمئة مليون شخص، هم بحاجة إلى نوع من المساعدة التأهيلية الخاصة، وهذا يشير إلى ضرورة الاهتمام بهذه المشكلة، وحتمية التصدي لها والحد من ازديادها؛ وذلك بتضافر الجهود الدولية والإقليمية والوطنية والمحلية في هذا الميدان (داود، ٢٠٠٦).

إضافة لذلك، فإنه توجد أسباب كثيرة تعمل على زيادة نسبة وجود الأفراد ذوي الإعاقة بعيدة عن الزيادة الطبيعية في المجتمعات كلها. فمثلاً، نتيجة لتأثير الأفراد ذوي الإعاقة في الأوضاع السياسية والحروب والاضطرابات، إضافة لازدياد عدد الأفراد المعرضين للخطر (at risk)، فإن أعداد الأفراد ذوي الإعاقة ستضاعف في المجتمعات (Turmusani, 1999).

وفي هذا الصدد، يشير تقرير لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي إلى أن ثمانين في المئة من الأشخاص ذوي الإعاقة يعيشون في البلدان النامية (الأونروا، ٢٠٠٩)، حيث أشار تقرير لمنظمة الأمم المتحدة لتنمية دول غرب آسيا (ESCWA) إلى أن غالبية الأفراد ذوي الإعاقة في البلدان النامية في غرب آسيا يعيشون في فقر وحرمان وبخاصة النساء والأطفال. كما أكدت اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا أن الفقر أكثر انتشارا في البلدان ذات الدخل المنخفض (ESCWA،1994).

كما أن الندوة العالمية ل (١١٨) دولة من أصل (١٩٢) دولة في العالم، المنعقدة في الجامعة الأردنية للعام ٢٠٠٨م، حول الإحصاءات والبحوث في ميدان الإعاقة، أظهرت نتائج مسحها الإحصائية وجود ٦٥٠ مليون شخص حول العالم ممن يعدون من الأشخاص ذوي الإعاقة، وما يزالون يفتقدون إلى فرص التعليم والصحة والعمل والتأهيل وسهولة الحركة. إضافة لذلك كشفت هذه النتائج عن إهمال على المستوى العالمي لبعض القضايا التي تُعنى بأنواع الإعاقات (مثل الإعاقات: السمعية، والنفسية، والذهنية)، كما أكدت تلك النتائج افتقار الدول العربية إلى قاعدة بيانات مؤكدة حول أعداد الأفراد ذوي الإعاقة لديها، وأوصت بتكوين قاعدة مسح ورصد شاملة ونشرها في دول العالم جميعها (ندوة حول المعلومات والإحصاءات والبحوث في ميدان الإعاقة، ٢٠٠٨).

وبناء على ما ذكر، فإن نسبة وجود الأفراد ذوي الإعاقة في ازدياد مستمر في المجتمعات كلها، ولا سيما في المجتمعات الفقيرة وذات الدخل المنخفض (البلدان النامية)، وهذا ما تؤكده التقديرات العالمية من المنظمات والهيئات الدولية المعنية بشؤون الأفراد ذوي الإعاقة. وعلى الرغم من التطور التدريجي في جميع أنحاء منطقة الشرق الأوسط، فإن شرائح معينة من المجتمع ما تزال حقوق أفرادها منتزعة بمن فيهم الأفراد ذوو الإعاقة. فالفقر والانتهاك والعنف والاعتداء على هؤلاء الأفراد ما يزال موجودا في بعض المجتمعات (Habib,1997).

وهكذا، فإن انتشار الفقر وانعدام المساواة وانتهاك حقوق الإنسان، يؤدي إلى ارتفاع نسبة ظهور الإعاقات، وهذا يؤكد ضرورة معالجة مثل هذه المشكلة في إطار سياق أوسع لتنمية المجتمع المحلي، التي يمكن أن تشمل استراتيجيات، مثل: استراتيجية التأهيل المجتمعي (CBR) Community – Based Rehabilitation (Turmusani, Vreede & Wirz, 2002). وتعددت أسمائه ليشمل التأهيل المبني على المجتمع المحلي، أو التأهيل المعتمد على المجتمع المحلي، أو التأهيل في المجتمع المحلي، أو التأهيل ضمن المجتمع المحلي، أو التأهيل المستند على المجتمع المحلي.

ونظراً لازدياد أعداد الأفراد ذوي الإعاقة في المجتمع وقلة المؤسسات والخدمات التي يتم تقديمها لأسرهم، بادرت الجهات الدولية لتبني منهج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، والذي تبنته منظمة الصحة العالمية من خلال منهجها للرعاية الصحية الأولية عام ١٩٧٨م (الحديدي؛ البسطامي؛ الشواهين؛ أبو شنب، ١٩٩٨).

تبعا لذلك، فقد أصبحت هناك مؤسسات خاصة تُعنى بتأهيل الأفراد ذوي الإعاقة، وتقدم لهم خدمات وبرامج فردية. غير أن التجارب والخبرات أثبتت أن تلك المؤسسات لا تكفي للأفراد ذوي الإعاقة جميعهم، حيث إن بإمكانها خدمة عدد قليل ومحدود جدا منهم، وضمن مناطق محددة داخل المدن الكبرى بعيدا عن المناطق ذات الدخل المتدني كالأرياف والمخيمات، التي دعا فيها أهالي الأفراد ذوي الإعاقة إلى تدريب أبنائهم وتأهيلهم. فضلاً عن أن كلفة هذه الخدمات عالية. كما لوحظ أيضا أن هذه المؤسسات تعمل على عزل الأفراد ذوي الإعاقة المخدومين لديها بعدم اندماجهم في المجتمع في كثير من الحالات.

لذا، بدأ التوجه العالمي يميل إلى تقديم الخدمات التأهيلية من خلال برامج تعتمد على مشاركة المجتمع المحلي في عملية تـأهيلهم، وأصبح التأهيل المؤسسي المعتمد على المدن الكبيرة يتلاشى تدريجيـا مع الاستمرار في تقديم الخدمات المؤسسية كمراكز ومصادر للدعم الفني، وحلّت محله مراكز تأهيل يومية أصغر حجما، عرفت باسم مراكز التأهيل المجتمعي، تقام في مناطق الأرياف والمخيمات مكتظة السكان، وذات الدخول المتدنية؛ لتأهيل الغالبية العظمى من الأفراد ذوي الإعاقة في مناطق سكناهم "بيئاتهم المحلية"، التي تعاني مشكلات جمة تزيد من حالات التدهور لأفرادها نتيجة للأوضاع الاقتصادية، والمشكلات الصحية، وقلة الوعي والمعرفة، وسوء الأحوال الاجتماعية، وغيرها.

وفي توجيهات لمنظمات وهيئات دولية تُعنى بالأفراد ذوي الإعاقة، دعت وكالات الأمم المتحدة المتخصصة الثلاث، التي لديها برامج خاصة بالأفراد ذوي الإعاقة، وهي: منظمة العمل الدولية (ILO) International Labour Office، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (UNESCO)، وWHO، إلى تبنّي استراتيجية التأهيل المجتمعي (WHO, & ILO, 2004 UNESCO). ففي أوائل السبعينيات من القرن الماضي تعزز مفهوم التأهيل المجتمعي بإقرار WHO حملتها الدولية "الصحة للجميع"، وفي أوائل الثمانينيات نادت WHO بتبنّي خدمات وبرامج التأهيل المجتمعي، كما جاءت قرارات المؤتمر العالمي للتربية والتعليم في جومتيان حول إعلان "التعليم للجميع ومدرسة الجميع" لتؤكد مفهوم التأهيل المجتمعي. وفي التسعينيات، أسهم الإعلان المشترك ILO، وUNESCO، وWHO في تبنّي استراتيجية التأهيل المجتمعي وفي تجذيرها وتبنّيها على الصعيد الوطنية والإقليمية والدولية (داود، ٢٠٠٦؛ المعايطة، ٢٠٠٦).

ومن هنا، وجهت WHO، بالتعاون مع عدد من المنظمات الدولية الأخرى المهتمة بتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة، جلّ اهتمامها إلى تأهيل الفرد ذي الإعاقة ضمن مجتمعه؛ لإيجاد الحلول في حصر خدمات التربية الخاصة في عدد محدد ولمناطق معينة؛ ولتوسيع دائرة التأهيل بحيث تشمل أكبر عدد من الأشخاص ذوي الإعاقة، إضافة إلى شمولية برامج التأهيل بحيث تشمل جميع احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة الطبية، والاجتماعية، والتربوية، والمالية، والتأهيلية، وغيرها.

ونتيجة للاهتمام المتزايد بالفرد ضمن المجموعة التي ينتمي إليها، ظهر الاتجاه التربوي المسمى التأهيل المجتمعي. وقد ذُكر أن مشكلة الإعاقة ترتبط بالانعكاسات أو الأثر الذي يتركه الفرد ذو الإعاقة في الآخرين؛ فهو يعيش ضمن إطار اجتماعي تفاعلي. كما أشارت تقارير WHO إلى أن ٧٠% من الأفراد ذوي الإعاقة يمكن تأهيلهم بالاعتماد على المجتمع المحلي وضمن برنامج التأهيل المجتمعي (WHO، 1994).

لذا، فقد تبلورت في الآونة الأخيرة بداية فكرة إنشاء مراكز لتأهيل المجتمعي، حيث تعددت أسماؤها والتقت في هدف واحد يسعى إلى دمج الفرد ذي الإعاقة في مجتمعه واستغلال الإمكانات المتوافرة في بيئته؛ لإيجاد حلول للإعاقة منطلقة من أساس اجتماعي.

وفي ورقة مشتركة قدمت عام ١٩٩٤م بشأن إعادة الجدولة في التأهيل المجتمعي، شاركت فيها ILO ومنظمة الأمم المتحدة (UN) وWHO، هدفت إلى تقديم سياسة لتأكيد مساواة ومشاركة الأفراد ذوي الإعاقة على اختلافهم وأجناسهم وأعمارهم أو مركزهم الاجتماعي أو الاقتصادي في التعليم والتدريب والعمل والترفيه أو غير ذلك في مجتمعاتهم المحلية أو في المجتمع عموما. ويكون ذلك بنفس الحقوق والفرص التي يتمتع بها غيرهم من أفراد المجتمع، بمعنى "مجتمع يجمع الجميع" (WHO، 2006).

كما تناولت ورقة العمل المشتركة في عام ٢٠٠٤م، بالاشتراك مع منظمات (WHO، ILO، UN)، موضوع إعادة النظر في التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة، وبرز ذلك في توضيحه أهداف التأهيل المجتمعي في تحقيق ما يأتي:

١- إسهام الفرد من ذوي الإعاقة إسهاما كاملاً في المجتمع المحلي، ويتأتى ذلك الهدف من تمكينه من الوصول دوما إلى الخدمات والفرص والمساواة في الحقوق والواجبات مع باقي أفراد المجتمع الواحد.

٢- حث المجتمعات المحلية وتعزيزها للنهوض بحقوق الإنسان أيا كان، وحماية حقوق الأفراد من ذوي الإعاقة بإزالة العقبات والحواجز التي تعترض سبيل مشاركتهم الفعالة المنسجمة مع حقوقهم الإنسانية.

وقد أوصت المنظمات الثلاث (WHO, UNESCO & ILO) جميع البلدان والقطاعات باعتماد برنامج إعادة التأهيل في المجتمع المحلي كسياسة واستراتيجية على صلة بحقوق الإنسان وتخفيف وطأة الفقر في صفوف الأشخاص ذوي الإعاقة، وتوفير دعم برنامج إعادة التأهيل في المجتمع على نطاق وطني، وخلق الظروف المؤاتية لتعاون متعدد القطاعات للمضي قدما في إعادة التأهيل في المجتمع في إطار التنمية المجتمعية (WHO, UNESCO & ILO, 1994).

وهكذا، فقد ظهرت مراكز التأهيل المجتمعية منذ ما يقرب العقدين من الزمن، وقُدم باعتباره استراتيجية لتحسين حياة الأفراد ذوي الإعاقة، ولكن على الرغم من التقدم المحرز في العقدين الماضيين، فإنه لا يزال هناك الملايين من الأفراد ذوي الإعاقة لا يحصلون على الخدمات الأساسية من التأهيل في مجتمعاتهم، فليست المشاركة على قدر المساواة في المدرسة، أو العمل، أو الأنشطة المجتمعية (Ebrahim, 2004).

فقد ذكر تقرير ل WHO، مشترك بين أقاليم شرق المتوسط حول "القواعد الموحدة بشأن تكافؤ الفرص للأفراد ذوي الإعاقة"، تم فيه طرح واقع تقديم خدمات التأهيل المجتمعي في الأردن، أن نسبة الأفراد المخدومين من ذوي الإعاقة تراوحت ما بين ٦-٢٠% من الأشخاص الذين يعانون أنواعا مختلفة من الإعاقات (تقرير مشترك لأقاليم شرق المتوسط، ٢٠٠٦).

ويمكن القول أيضا، إن التأهيل المجتمعي ليس بديلاً عن التأهيل المؤسسي، ولكنه رديف له؛ ففي القرية أو المدينة أو المنطقة التي يصعب إنشاء مركز أو مؤسسة للتأهيل فيها لأسباب مختلفة قد تكون مادية أو غير ذلك، فمن الممكن إنشاء برنامج للتأهيل المجتمعي المعتمد على مصادر الخدمات المتوافرة أصلاً في ذلك المكان، وبكلفة مادية أقل (سالم، ١٩٩٧).

وعلى ضوء ذلك، حظيت الأردن، وبالتزامن مع السنة الدولية للأفراد ذوي الإعاقة سنة ١٩٨٢م، بتنفيذ أول تجربة لخدمات برامج التأهيل المجتمعي في منطقة عمليات منظمة الأمم المتحدة الخمسة (الأردن، ولبنان، وسوريا، والضفة الغربية، وقطاع غزة)، وكان ذلك تحت مظلة منظمة الأمم المتحدة، وبدعم من الحكومات المختلفة والقطاعات الخاصة، وشراكة مع أفراد من المجتمع المحلي.

وهكذا تمت المباشرة بتنفيذ أول مشروع ريادي في مخيم سوف عام ١٩٨٣م في محافظة جرش، بدعم من جمعية أوكسفام البريطانية، حيث قُدمت الخدمة النهارية لعدد من الأشخاص ذوي الإعاقة، وكان العطاء الرئيس هو عطاء المجتمع المحلي في المخيم؛ إذ أدارت هذا البرنامج لجنة تطوعية من المجتمع المحلي؛ بهدف تحقيق ثلاثة أهداف، هي:

١- تعديل الاتجاهات الاجتماعية نحو الأشخاص ذوي الإعاقة.

٢- تشجيع مشاركة المجتمع المحلي في تقديم الخدمات لأفراده من ذوي الإعاقة.

٣- تحسين أنماط الحياة اليومية للأفراد ذوي الإعاقة عن طريق البرامج التربوية والاجتماعية والطبية، وتحويل الأفراد ذوي الإعاقة من مجرد متلقين للخدمات إلى مشاركين فيها.

ولاحقـًا، نُقلت التجربة إلى مخيم غزة في محافظة جرش نفسها، وسميت مركز تأهيل مجتمعي جرش، وتم تنفيذ البرنامج على مراحل يمكن وصفها كما يأتي:

١- تحديد الأشخاص المؤثرين في المجتمع المحلي، ثم تعريفهم بفلسفة التأهيل المجتمعي.

٢- توعية المجتمع المحلي وتشجيعه على المشاركة في توفير الخدمات لأفراده من ذوي الإعاقة.

٣- تشكيل فرق محلية لإجراء دراسة مسحية للمخيم؛ بهدف الكشف عن الأفراد ذوي الإعاقة.

٤- إنشاء المركز التأهيلي في المخيم بدعم محلي وبجهود المتطوعين، وفي مرحلة لاحقة تم اختيار مجموعة من المتطوعين للحصول على تدريب مناسب في مؤسسات متخصصة.

٥- تقييم فاعلية البرنامج بمراحله التجريبية، واتخاذ قرار يقضي بتعميمه على المخيمات الأخرى (الأونروا، ٢٠٠٩).

تلا ذلك استمرار التجربة في التطور والنضوج، حيث امتدت إلى مواقع أخرى ومخيم البقعة، ومخيم ماركا، ومخيم الطالبية، ومخيم الوحدات، ومخيم الزرقاء، وبذلك يكون عدد المراكز العاملة مع الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم عشرة مراكز تغطي مناطق تواجد اللاجئين الفلسطينيين في الأردن، التي تعاني فيها مخيمات اللاجئين الفلسطينيين مشكلة الإعاقة كغيرها من المناطق المختلفة في البلدان النامية والمتقدمة.

وتضم الخدمات المقدمة في مراكز التأهيل المجتمعي الخدمات الأربعة الآتية:

أولاً: خدمات تقدم على نحوٍ يومي، وتشمل صفوفـًا خاصة للأفراد ذوي الإعاقة العقلية، والسمعية، والحركية، وصعوبات التعلم، وخدمات التحويل اليومية.

ثانياً: خدمات تقدم داخل المراكز أو المنازل ضمن برنامج محدد، وتشمل خدمات العلاج الطبيعي والوظيفي، وخدمات فحص السمع والتدريبات النطقية، وغيرها.

ثالثاً: خدمات تقدم خارج المراكز، وتتمثّل في خدمات الدمج في المدارس ورياض الأطفال، والدمج المهني والمجتمعي، وخدمات التأهيل المهني.

رابعًا: خدمات التأهيل المجتمعية، وتتمثل في الزيارات المنزلية والإرشاد الأسري، وخدمات التثقيف والتوعية المجتمعية، وخدمات إعارة الأجهزة المساعدة وصيانتها والإسهام في أثمانها.

كما نظمت المنظمات المشتركة جهودها من أجل المشاركة في الخبرات العديد من المؤتمرات، وركزت على توفير الإمكانات وإتاحة الفرص للفرد ذي الإعاقة؛ للوصول به إلى أقرانه العاديين؛ من أجل تحقيق تكافؤ الفرص، وإزالة ما تسببه الإعاقة للفرد والمجتمع. وقد شمل هذا التعاون أيضاً وكالات أخرى للأمم المتحدة، وخاصة البرنامج المشترك بين المناطق من أجل الأفراد ذوي الإعاقة، التابع لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، كما شمل عددا من المنظمات الدولية غير الحكومية (WHO, UNESCO & ILO ,1994).

ففي المؤتمر العربي الأول للتأهيل المجتمعي الذي عقد في شهر أيار من عام ١٩٩٦م في الأردن، حدد مفهوم التأهيل المجتمعي بأنه برنامج مستمر يجب أن يندرج في سياسة وطنية شاملة للتنمية الاجتماعية الشاملة كما أقرتها القمة العالمية للتنمية الاجتماعية في كوبنهاجن لسنة ١٩٩٥م؛ بهدف إيصال الخدمات إلى الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في بيئتهم المحلية (سالم، ١٩٩٧).

وفي مؤتمر إقليمي عقد في الأردن عام ١٩٩٧م، حول التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة، وشاركت فيه الأردن وسوريا واليمن وفلسطين والمغرب ولبنان وتونس ومصر، ونظمته جمعية التنمية الصحية والبيئية، هدف إلى تطوير مفهوم عام مشترك حول التأهيل المجتمعي، وتحديد المشكلات والتحديات الرئيسة التي تواجه البرنامج، وتعزيز مفهوم التأهيل

المجتمعي في المنطقة العربية، وإيجاد تعاون مستقبلي بين الخبرات العربية المتنوعة. وأشار المؤتمر في ختامه إلى أن برامج WHO هي أداة رئيسة لبرامج التأهيل المجتمعي في المنطقة العربية، وقد وصلت هذه الخدمات إلى القرى على نحو كبير مع غياب منهج موحد في تدريب الأشخاص العاملين في التأهيل المختص، وأكّد أن الخدمات التي يقدمها برنامج التأهيل المجتمعي، وهي الوقاية والتدخل المبكر، والتدريب والتعليم، والتربية الخاصة، والدمج، تسهل مشاركة الأفراد ذوي الإعاقة في المجتمع (الأونروا، ١٩٩٨).

وفي هذا الشأن، تزايد إدراك البلدان للحاجة إلى توفير الخدمات التأهيلية للمصابين بالعجز في أقاليم شرق المتوسط، وشرع عدد منها في تنفيذ أنشطة وطنية في هذا الإطار. وتشمل المجالات التي ينبغي التصدي لها: الوقاية من العجز، واكتشافه المبكر، وتنفيذ المداخلات المبكرة، وتقديم الدعم للأسر، وتطوير خدمات التأهيل المجتمعي في إطار طائفة عريضة من الخدمات، وتنمية الموارد البشرية، وتوفير الأجهزة المساعدة، ومكافحة الوصمة والتمييز ضد المصابين بالعجز (WHO, 2003).

وهكذا، فإن المجتمعات في الوقت الحالي أصبحت تولي الأفراد ذوي الإعاقة اهتماما خاصا؛ فلم يعد التأهيل المجتمعي مقتصرا على تقبل الأفراد ذوي الإعاقة، وإنما يتطلب الأمر تقديم خدمات عدة تتقاسمها مجموعة من المؤسسات التي تقدم خدماتها في الجوانب الآتية:

١- الأخذ بإجراءات الوقاية من حدوث الإعاقة، وتقديم الإرشاد لأسر الأفراد ذوي الإعاقة.

٢- تعديل الاتجاهات السلبية نحو الأفراد ذوي الإعاقة؛ لتكون أكثر تفهما وإيجابيّة.

٣- توفير الخدمات التربوية والتعليمية والطبية لفئات الأطفال ذوي الإعاقة.

٤- الأخذ بإجراءات الدمج التربوي والاجتماعي لفئات الأفراد ذوي الإعاقة (الشيخ، ٢٠٠٦).

كما أن لأسر الأفراد ذوي الإعاقة حقوقـًا تحرص المجتمعات المعاصرة على حمايتها، على رأسها حقوق المشاركة في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بتقديم خدمات التربية الخاصة للطفل ذي الإعاقة.

ويشمل هذا الحق الأساسي:

١- الحصول على تربية خاصة مناسبة تلبي الحاجات الفردية للطفل.

٢- الحصول على تقييم للطفل إذا اعتقد الوالدان أنه قد يكون بحاجة إلى التقييم؛ لتحديد احتياجاته.

٣- المشاركة في اتخاذ القرار بشأن الوضع التعليمي المناسب للطفل.

٤- الاطلاع على ملف الطفل المدرسي، والمشاركة في تطوير البرنامج التربوي الفردي له.

٥- الحصول على تقارير حول التقدم الذي يحرزه الطفل (الخطيب، ٢٠٠٨).

وبناء عليه، وتأكيدا للحقوق الإنسانية وترسيخ مبادئ العدالة الاجتماعية وتعزيز مفاهيم الاشتراك والمشاركة في مواجهة مشكلات المجتمع، فإن عملية التأهيل المجتمعي تعد شكلاً من أشكال الضمان الاجتماعي للأفراد ذوي الإعاقة وحماية لاستقلاليتهم، مما يساعدهم على التكيف من جديد بالرغم من إعاقتهم التي يعانون منها. وحتى تكون عملية التأهيل أكثر فائدة للأفراد ذوي الإعاقة أو لذويهم؛ فإنه لا بد من تقييم الخدمات المقدمة لهم للوصول إلى أكبر فائدة مرجوة وممكنة.

وتشير بورتر وماكنزي (Porter & McKenzie, 2000) إلى أن الطريقة التي تستجيب فيها أسر الأفراد ذوي الإعاقة للتعامل مع أطفالهم تتوقف على القضايا الرئيسة الآتية:

١. الموارد الداخلية والخارجية. فالموارد الداخلية متمثلة في خصائص الشخصية، واستغلال الإمكانات، وتقرير المصير، أما الموارد الخارجية فتتمثل في دعم الأسرة الممتدة والمجتمع المحلي والبرامج الحكومية.

٢. مصادر الدعم للأسرة، والأهداف الخاصة للأطفال ذوي الإعاقة.

٣. الثقافات المحلية والوعي المجتمعي للإعاقة (Maes, Leventhal & de Riddler, 1996; Peshawaria, Menon, Ganguly, Roy, Rajam & Gupta, 1998).

يجمع الكل على أن المدارس والمراكز التي تعمل مع الأطفال ذوي الإعاقة من غير مشاركة أسرهم، هي مدارس ومراكز ضعيفة تفتقر إلى الجودة والفاعلية في تقديمها للخدمات؛ لأن إقامة علاقات تشاركية تضمن قيام كل من الاختصاصيين والأسر بأدوارهم على نحو مناسب وذي فائدة؛ فمثل هذه المشاركة يعود بالنفع على كل من: الطفل، والأسرة، والمدارس أو المراكز.

ويقترح الخطيب (٢٠٠٨) أهم الإجراءات التي يمكن اتخاذها لترجمة المشاركة الأسرية على أرض الواقع في ما يأتي:

- تزويد أسر الأفراد ذوي الإعاقة بالمعلومات كلها المتعلقة بأطفالهم، من حيث طبيعة إعاقتهم، ومضامين الإعاقة، ودلالاتها.

- تعريف أسر الأفراد ذوي الإعاقة بالأدوار المتوقعة منهم، وتشجيعهم على الإسهام في وضع البرامج التربوية والعلاجية الفردية، وتنفيذ تلك البرامج وتقييم فاعليتها.
- رفع كفاءة أسر الأفراد ذوي الإعاقة، وزيادة شعورهم بالثقة بأنفسهم، وبقدرتهم على المساعدة على تنمية مهارات أطفالهم في المنزل والمركز والمجتمع المحلي.
- دعم وتعزيز الجهود التي يبذلها أولياء الأمور، والتواصل معهم بطريقة تعكس تفهما لظروفهم الخاصة واحتراما لقدراتهم.
- تفصيل التشريعات والقانونين اللازمة لضمان المشاركة الفاعلة لأولياء الأمور، وتعريفهم بحقوقهم وحقوق أطفالهم.

وقد ذكر الخطيب، والصمادي، والروسان، والحديدي، ويحيى، والناطور، الزريقات، والعمايرة، والسرور (٢٠٠٧) أن المجتمعات في العصور الحديثة والمعاصرة تهتم بنوعية حياة أفرادها من ذوي الإعاقة؛ وتسعى إلى تحسين حياتهم بهدف تحقيق حياة فضلى؛ وذلك تحقيقـًا لمبدأ مساواتهم مع الأفراد العاديين في الفرص والحقوق، ويأتي ذلك من خلال سن التشريعات وتبني المواثيق وتعديل الاتجاهات وأنماط الخدمات المقدمة إليهم. وتتزايد – فضلاً عن ذلك– الأصوات التي تدعم مشاركة الأفراد ذوي الإعاقة مشاركة تامة في الأوضاع الطبيعية في مجتمعاتهم. وعليه، فإنه من الواجب أن يكون تحسين نوعية الحياة (Quality of Life) الهدف النهائي من التأهيل والتربية الخاصة.

وقد ذكر أيضا كل من ميتشل وفيلبيرت (Mitchell & Phil Bert, 2002) أن المجتمعات المعاصرة تشهد اهتماما كبيرا بالدفاع عن حقوق الأفراد ذوي الإعاقة. وتواصل المجتمعات المعاصرة بذل الجهود لتطبيق مبادئ حقوق الإنسان، والعدالة الاجتماعية، وتكافؤ الفرص، وقبول التنوع، ومناهضة التمييز. وتأخذ جهود الدفاع (Advocacy) أشكالاً مختلفة منها: (أ) الدفاع الذاتي (دفاع الأفراد ذوي الإعاقة أنفسهم عن حقوقهم المدنية)، (ب) الدفاع الأسري (الجهود التي تبذلها أسر الأفراد ذوي الإعاقة)، (ج) الدفاع المهني (الجهود التي تبذلها المنظمات والمؤسسات المهنية المتخصصة)، (د) الدفاع السياسي (الجهود المتعلقة بالقوانين والأنظمة) (الخطيب، ٢٠٠٨).

وعليه، فإن إسهام العديد من الباحثين والمخططين في قضية الإعاقة، من خلال اهتمامهم بسن القوانين والتشريعات الرامية إلى تحقيق كرامة الأفراد ذوي الإعاقة ومساواتهم بباقي أفراد مجتمعاتهم، قد ظهر جليـًا وواضحا في تزامن العقد الدولي للأفراد ذوي الإعاقة منذ

مطلع عام ١٩٨٣م وحتى ١٩٩٢م؛ إذ أخذت المنظمات والهيئات الحكومية وغير الحكومية في تطبيق القوانين المنبثقة من الاتفاقات الدولية حول الحقوق الإنسانية.

ومن هذا المنطلق، فإن المملكة الأردنية الهاشمية، ممثلة في المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة، تعد من أوائل الدول التي وقعت على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لعام (٢٠٠٧م)، وتعد على المستوى العالمي من بين (١١٤) دولة وقعت على هذه الاتفاقية، ومن بين (١٠) دول عربية، هي بالإضافة إليها: مصر، وتونس، والجزائر، والمغرب، ولبنان، والسودان، وسورية، وقطر، واليمن (www.un.org/unrwa/arabic.).

وترجم ذلك محليـا في صدور القانون العام لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لسنة ٢٠٠٧م (الملحق (١)) من المادة رقم ٣١، الذي ينص بنده الرابع المتعلق بمجال الحياة الاجتماعية والرعاية المؤسسية، على حقهم في الأمور الآتية:

١- تدريب أسر الأشخاص ذوي الإعاقة على العمل السليم مع أبنائهم من غير المساس بكرامتهم أو إنسانيتهم.

٢- تقديم الرعاية والتأهيل للطفل ذي الإعاقة داخل أسرته، وتقديم التأهيل والخدمات المساندة للأشخاص من ذوي الإعاقة مهنيا واجتماعيا؛ تحقيقـًا للدمج والمشاركة الفاعلة.

٣- الرعاية المؤسسية النهارية أو الإيوائية للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون ذلك.

٤- طرح برامج التأهيل المجتمعي وفق سياسات خاصة (قانون حقوق الأشخاص المعوقين، ٢٠٠٧).

أضف إلى ما تقدم أنه لا بد من الرجوع إلى الأدب التربوي المتعلق بموضوع التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة، وما نصت عليه القوانين والتوصيات الدولية بضرورة أن يتمتع الأفراد ذوو الإعاقة بالمشاركة الكاملة والمساواة التي نادت بها منظمات الأمم المتحدة.

وفي ضوء السياسات المتعلقة بحقوق الأفراد ذوي الإعاقة ورعايتهم وتأهيلهم، أنشأت جهات محلية ودولية مؤسسات تُعنى بإيواء هؤلاء الأفراد وتدريبهم على مهارات الحياة اليومية الأساسية والتركيز على خدمة المسار الطبي بمعزل عن تقديمها للخدمات الاجتماعية، رغم ما تقدمه من خدمة متخصصة ومميزة. إلا أن طريقة تقديم هذه المؤسسات للخدمات تعارضت مع حقوقهم وشابها بعض النقص؛ فوجه إلى تلك المؤسسات النقد الكثير.

ولقد أثبتت التجارب والخبرات بأن تلك المؤسسات لا تكفي لتقديم خدماتها لجميع الأفراد ذوي الإعاقة في منطقة ما، حيث إنها تستطيع خدمة عدد قليل منهم فقط. وبناء على ذلك فقد بدأ التوجه العالمي يميل إلى تقديم الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة من خلال برامج تعتمد على مشاركة المجتمع المحلي في عملية تـأهيلهم، وأصبح التأهيل المؤسسي المعتمد على المدن الكبيرة يتلاشى تدريجيا مع الاستمرار في تقديم الخدمات المؤسسية كمراكز ومصادر دعم فني؛ إذ حلت محله مراكز تأهيل يومية أصغر حجما عرفت باسم مراكز التأهيل المجتمعي، تقام في مناطق الأرياف لرعاية غالبية الأفراد ذوي الحاجات الخاصة (الخطيب، ٢٠٠٨).

وقد تم تقييم واقع الخدمات المؤسسية؛ فظهرت مشكلات كثيرة: نفسية، واجتماعية، واقتصادية، مثل: انغلاق هذه المؤسسات على نفسها، وعزلتها عن المجتمع المحلي، وعدم مشاركتها في الحياة العامة، يضاف إلى ذلك تكلفة إنشائها الباهظة، وحاجتها إلى كوادر عالية التدريب، واقتصارها في تقديم الخدمات على المدن، الأمر الذي أدى إلى ظهور طرح جديد يقوم على مفاهيم دمج الأفراد ذوي الإعاقة والتفاعل مع المجتمع. لذا، جاء التأهيل المجتمعي كبديل أمثل للخدمات المؤسسية؛ كونه يمثل منهجية فاعلة من أجل توسيع دائرة الخدمات المقدّمة وشموليتها من جهة، وتحسين نوعيتها من جهة أخرى (داود، ١٩٩٥).

وهذا ما أكده المؤتمر الإقليمي حول التأهيل المجتمعي، كخدمات متغيرة في مخيم متغير، الذي عقدته الأونروا في الأردن (١٩٨٨)، وشاركت فيه دول عربية عدة؛ إذ أوصى بتغيير خدمات المؤسسة السويدية في عمان بالانتقال من الخدمات المؤسسية إلى تقديم الخدمات للأفراد ذوي الإعاقة في المجتمع المحلي. وبناء عليه، فقد بدأت المؤسسة السويدية في عمان بتنفيذ مشاريع التأهيل المجتمعي للإعاقات الشديدة في البقعة والوحدات وحي نزال والنزهة وغيرها. كمحاولة لتقديم الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية إلى الأفراد ذوي الإعاقة في مجتمعاتهم المحلية (المؤتمر الأول للتأهيل المجتمعي، ٢٠٠٦).

وأكدت إركسون (Ericsson, 2006) في دراسة قامت بها المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية لاستطلاع آراء الأفراد المستفيدين من خدمات المؤسسة وعائلاتهم، إضافة لطاقم العمل فيها مستخدمين أداة الاستبانة المسحية؛ للوقوف على مدى رضا هؤلاء المستفيدين من تلك الخدمات، مظهرة النتائج عن مدى الرضا من الخدمات التي تقدمها المؤسسة إليهم، وذلك بالنظر إلى التغيير الذي تحولت فيه المؤسسة من حيث تقديم الخدمات من مؤسسية إلى فردية (لامؤسسية).

وفي هذا السياق ذكرت إركسون (Ericsson, 2006) أن المؤسسة السويدية اتجهت في الآونة الأخيرة، منذ عشرة سنوات، اتجاها قائما على المجتمع المحلي، واضعة نصب أعينها أربعة أهداف، هي:

- أن يبقى الأفراد ذوو الإعاقة في بيئتهم المحلية، ويشاركوا في الحياة العامة.
- أن يشارك الأفراد ذوو الإعاقة في صنع القرارات، لا سيما تلك التي تخصهم.
- أن يتلقى الأفراد ذوي الإعاقة ما يحتاجونه من خدمات تربوية، وصحية، واجتماعية.
- أن تؤخذ حاجات الأفراد ذوي الإعاقة بالحسبان عند التخطيط لدمجهم في المجتمع المحلي.

إن على المجتمعات المعاصرة الأخذ بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛ نصرة لاتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهم، متمثلة في مشاركة هؤلاء الأفراد أو ذويهم في إبداء الرأي حول طلب الخدمة المراد تقديمها لهم، وإبداء الرأي حول مستوى ما يقدم من خدمات، وهذا ما ورد ذكره (الحديدي ١٩٩٧؛ الخطيب وآخرون ٢٠٠٧) في حقوق الأفراد ذوي الإعاقة من تشكيل مجموعة منهم للدفاع عن قضاياهم وتحقيق مطالبهم العادلة. حيث نادت منظمات وهيئات دولية معنية بشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة، حسب بنود قانون الأشخاص ذوي الإعاقة من عام ٢٠٠٧م، بتأكيد اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهم، وإبداء الرأي في الخدمات التي تقدم لهم، وحقهم في تشكيل مجموعة منهم للدفاع عن قضاياهم وتحقيق مطالبهم العادلة. ولتحقيق هذا الهدف ينبغي إحداث تغييرات جوهرية في البرامج التعليمية والتربوية، وفي أنماط التنشئة الأسرية والاجتماعية للأفراد ذوي الإعاقة. ومن غير ذلك لن يتسنى لهؤلاء الأشخاص أن يشاركوا بنجاح وفاعلية في حياة مجتمعاتهم المحلية.

وقد أوصى العديد من الباحثين توماس وتوماس، وأسيدر(Thomas & Thomas, 2002 (Asinder, 2002؛ بأن نجاح العمل مع أسر الأفراد ذوي الإعاقة ضمن استراتيجية التأهيل المجتمعي، لا بد وأن تنهج نهجا تقليديا في مشاركة الأسرة حتى تُفعل على النحو المطلوب؛ فيتوجب على الأشخاص العاملين في التأهيل المجتمعي معرفة احتياجات الأسر وفهمها، وتكمن معرفة الأشخاص العاملين في التأهيل المجتمعي للاحتياجات في سياق معرفة الآتي:

- كيف يمكن لأسر الأفراد ذوي الإعاقة التغلب على المشكلات في ظل غياب الخدمات؟
- ما المشكلات الفعلية التي تواجهها أسر الأفراد ذوي الإعاقة؟
- ما الاستراتيجيات التي تستخدم في التصدي لتلك المشكلات؟

- إذا توافر برنامج للتأهيل المجتمعي بالقرب من أسر الأفراد ذوي الإعاقة، فكيف يمكن لهذه الأسر أن تستفيد من خدمات ذلك البرنامج؟

فالعمل على التخطيط والتنفيذ لبرامج التأهيل المجتمعي، يتطلب المشاركة من الفرد ذي الإعاقة أولاً وأسرته ثانيا، كذلك فإن نجاح تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة في المجتمع يتوجب على المنظمات والهيئات المهتمة بالإعاقة تحديد احتياجات جميع الأفراد ذوي الإعاقة، والتعريف بهذه الاحتياجات والعمل على إزالة تلك الصعوبات التي تواجههم. وهكذا، تأتي سياسة العمل التأهيلي في المجتمعات للنهوض بالأفراد ذوي الإعاقة وتمكينهم وتعزيز قدراتهم، إضافة لتمكنهم من الوصول للخدمات كلها، ومشاركتهم مشاركة كاملة في تنمية مجتمعاتهم (WHO, 2004).

وعليه، فقد تنبه الباحث إلى ضرورة تقييم واقع الخدمات المقدمة للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز التأهيل المجتمعي، ورصد هذا الواقع من خلال وجهات نظر الأفراد العاملين على تلك الخدمات (الأخصائيين والمتطوعات) والأفراد المنتفعين منها (الأسر، والأفراد ذوي الإعاقة)؛ بغية تعرف هذا الواقع، والتخطيط للحصول على أفضل الخدمات ذات الجودة، واستمرار تقديم مختلف مصادر الدعم اللازمة لهم. ومن هذا المنطلق جاء الاهتمام بتقييم واقع الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم من جهة رأي الأفراد العاملين على الخدمات والبرامج التأهيلية، والأفراد المنتفعين منها، سواء أكانوا أفرادا من ذوي الإعاقة أم أسرهم؛ إذ إن لهم الحق في فحص الخدمات، وإبداء الرأي في تقديمها، والمساءلة حول عدم جودتها، لما نادت إليه التشريعات والقوانين الدولية التي ضمنت حقهم في المشاركة والمساءلة. ومن هنا يقاس مدى الفاعلية والجودة للمراكز في تقديم الخدمات للأفراد المنتفعين منها. لذلك فإن مستوى رضا الأفراد عن هذه الخدمات يعكس مستوى جودتها، ويحدد الجوانب السلبية الواجب تفاديها، والجوانب الإيجابية الواجب تعزيزها وضمان استمرارية تحسينها على النحو السليم وبالطريقة الصحيحة.

مؤكدا على ذلك الخطيب (٢٠٠٨) بأن الوقوف على تقييم البرامج بمثابة صمام الأمان؛ إذ يعد تقييم البرامج أداة مفيدة لكل من أسر الأفراد ذوي الإعاقة والجهات الممولة، والمجتمع المحلي عموما. لذا، ينبغي على الباحثين والممارسين وصانعي السياسات لبرامج التربية الخاصة تقييم فاعلية البرامج والخدمات وتحسينها باستمرار، استنادا إلى البحث والتطوير (Research and Development).

فضلاً عن ذلك، فإن المجتمعات المعاصرة في هذه الأيام تشهد عملية ضبط الجودة والنوعية وفق معايير دقيقة؛ بغية الارتقاء بتحسين مخرجات الخدمات للأفراد المستفيدين منها. وتشمل تلك العملية تقييم مدى ملاءمة المخرجات المنشودة، وكفاية البرامج والخدمات المقدمة، وملاءمة طرق التقييم المتبعة، وكفاية وملاءمة أساليب توثيق تقدم الأفراد المنتفعين ومتابعتهم، ونوعية فرص التعلم المتاحة، ومدى ملاءمة وتوفير مصادر التعلم، فقد ذكر دان وتاف (Dan & Taff, 2004) أن هناك دعوات متزايدة لإصلاح التربية الخاصة من خلال إعادة التفكير بالأطر الإدارية والتنظيمية المعتمدة؛ بغية توفير برامج تستطيع تحقيق نتائج أفضل للأطفال من ذوي الإعاقة (الخطيب، ٢٠٠٨).

كما أن تقييم البرنامج التأهيلي للأفراد المنتفعين من خدماته يجب أن يشمل جوانب التقييم وعناصره والقائمين على تلك الخدمات؛ حرصا على أخذ وجهات نظر أطراف البرنامج ككل (أخصائيين ومتطوعات)، وكذلك في من تقدم لهم تلك الخدمات (الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم أو من ينوب عنهم). وقد أكد ذلك في البيان المشترك لمجال التأهيل المجتمعي الصادر عن وكالة الأمم المتحدة العاملة في الميدان (١٩٩٤)، من حيث أن الإدارة الجيدة تسعى دائما إلى تعيين ما يحتاجه الأشخاص ذوو الإعاقة وأسرهم ومجتمعاتهم المحلية. كما أن على إدارة برنامج التأهيل المجتمعي أن تتيح لكل مجتمع محلي أن يعين أولوياته في ما يتعلق بتأهيل الأفراد ذوي الإعاقة وإدماجهم اجتماعيا، ويجب أن يشارك الأفراد ذوو الإعاقة وأسرهم في عملية تحديد تلك الأولويات بفاعلية (سالم، ١٩٩٧).

كما أضاف الخطيب (٢٠٠٨) أن تقيم البرامج (Program Evaluation) يهدف إلى تحديد مدى نجاحه أو إخفاقه في تحسين مستوى التطور الذي أحرزه أفراده المنتفعون ينتفعون من خدماته. وتتضمن عملية تقييم البرامج تحليلاً (Analysis) للأنشطة التي يتم تنفيذها من خلال البرنامج في ضوء معايير (Criteria) معينة؛ ليتسنى اتخاذ القرارات (Decision Making) حول فاعلية تلك الأنشطة في مساعدة الأفراد ذوي الإعاقة على تحقيق أهداف محددة مسبقـًا. وقد يركز تقييم البرامج على قضايا عدة من أهمها: تقييم الفاعلية (الأثر)، وتقييم الجهود التي يتضمنها البرنامج، وتقييم مدى شموليته، وتقييم مدى كفايته.

وينبغي لبرامج التأهيل المجتمعي أيضا أن تمكن الأشخاص ذوي الإعاقة – المنتفعين من خدماتها - من الاشتراك في تصميم وتنظيم الخدمات التي يرغبون في الحصول عليها هم وأسرهم، كما في اتخاذ القرارات المتعلقة بتأهيلهم. أما إذا كان الشخص ذو الإعاقة غير قادر

على تمثيل نفسه تمثيلاً مناسبا في اتخاذ القرارات المؤثرة في حياته كالأشخاص ذوي الإعاقة العقلية بدرجة كبيرة، أو الأشخاص ذوي الإعاقات المتعددة؛ إذ ينبغي أن يشترك أفراد أسرته أو من ينوب عنهم قانونيا في التخطيط واتخاذ القرارات المناسبة والمرغوب فيها (سالم، ١٩٩٧).

ويؤكد بايولا وبلشا وسيمكونسن (Bailey, Palsha & Simconsson, 1991) ذلك بأنه توجد تجارب على شكوى بعض أسر ذوي الإعاقات، التي تجد صعوبة في الوصول إلى بعض الخدمات التي يحتاجها أبنائها ذوو الإعاقة؛ والسبب عائد إلى عدم وجود فرصة للإفادة من البرامج التعليمية المستندة على الدمج، أو الاهتمام بهم ورعايتهم، أو نظام التحويل من أجل الإفادة من الخدمات التي هم بحاجه إليها. وترجع الصعوبة في الحصول على مثل هذه الخدمات المطلوبة من قبل الأسر في مؤسسات التربية الخاصة إلى الأسباب الآتية:

١- الاعتماد في أهلية الحصول على الخدمات ونظام التحويل على بعض الشروط، مثل: معدل دخل الأسرة، ودرجة إعاقة الفرد.

٢- انخفاض المعرفة من قبل الأسر بالخدمات الموجودة والوعي بها.

٣- كثرة الاختلاف من قبل المختصين حول طبيعة الاحتياج للخدمات المطلوب تقديمها.

كما يرى ديم (Diem, 2003) أن تقييم البرامج يحظى باهتمام كبير حاليا رغم حداثته النسبية بالمقارنة مع أشكال التقييم الأخرى. ولعل أهم سبب يكمن وراء هذا الاهتمام المتزايد بتقييم البرامج هو الحرص على تطبيق مبدأ المساءلة أو المحاسبية (Accountability)، الذي تتعاظم الحاجة إليه عندما تصبح الموارد والمخصصات المالية للبرامج محدودة. لكن تقييم البرامج لا ينفذ من أجل تحقيق مبدأ المساءلة فقط؛ فهو بدوره يسعى إلى تحقيق أهداف أخرى من أهمها التخطيط والتطوير، وتفعيل البرامج وتحسينها، والتوسع في البرامج (الخطيب، ٢٠٠٨).

وهكذا أصبحت قضية الإعاقة موضوعا اجتماعيا اهتم به المشرعون من باب اهتمامهم بوضع الأنظمة والقوانين المختلفة المتعلقة بالأفراد ذوي الإعاقة، وتنظيم الخدمات المقدمة إليهم، كما اهتم بها أولياء الأمور الذين يهمهم أن يتلقى أطفالهم ذوو الإعاقة الخدمات المناسبة. حيث يقع على عاهل المجتمع المحلي (بأفراده وأسره ومؤسساته) مسؤوليات في تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة في مجتمعاتهم.

وذكر الخطيب (٢٠٠٨) مجموعة من المقترحات المناسبة للتنفيذ، التي يمكن أن تتحقق من خلالها المساءلة، وهي مقترحات يجب أن تتّبع، مثل سن القوانين والتشريعات الوطنية؛ حماية لحقوق الأطفال ذوي الإعاقة وأسرهم في الدول العربية. ومن الممكن أن تشمل هذه المقترحات:

- تبني فلسفة إنسانية متقدمة من أجل تعليم الأطفال ذوي الإعاقة وتأهيلهم وتدريبهم في بيئتهم المحلية (داخل أسرهم والمجتمع المحلي)؛ تحقيقـًا للدمج الاجتماعي في المجتمع.
- إنشاء لجان محلية واختيار أعضاء لها وممثلين للجهات الحكومية وغير الحكومية، معنيين بتنفيذ ومتابعة وتقويم الأمور المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة المحلية والإقليمية والدولية.
- سن التشريعات والقوانين التي تضمن توفير امتيازات خاصة للأطفال ذوي الإعاقة وأسرهم في ما يتعلق بالخدمات الصحية، والتعليمية، والترويحية، والرياضية، وغيرها.
- وضع شروح وإيضاحات تفسر القوانين والتشريعات، وكذلك وضع آليات لتنفيذها على أرض الواقع، وكذا المساءلة في عدم تنفيذها.

لذا، جاءت فكرة الدراسة بالاهتمام بخدمات مراكز التأهيل المجتمعي؛ نظرا للازدياد المستمر في أعداد ونسب الأفراد ذوي الإعاقة في المجتمعات، ونتيجة لزيادة الطلب على هذه الخدمات في الآونة الأخيرة، ولأهمية هذه المراكز ودورها في اختصار المسافة الاجتماعية بين الأفراد ذوي الإعاقة ومجتمعهم. فضلاً عن تنوع الخدمات المقدمة إليهم في تلك المراكز أو في بيئتهم المحلية؛ بهدف الكشف عن تلك الخدمات من خلال مقدميها "الكوادر العاملة" في أماكن تقديمها؛ وذلك من أجل الإجابة عن التساؤل الآتي: هل توجد كفاءة واقتدار مهني لدى الأشخاص العاملين على الخدمات، من حيث المؤهل العلمي، وسنوات الخبرة؟ وسيتم أيضا الكشف عن خدمات التأهيل المجتمعي من قبل الأفراد المنتفعين منها (الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم)، من خلال الإجابة عن التساؤل الآتي: هل توجد فاعلية وجودة في الخدمات المقدمة باختلاف أنواعها، مع زيادة مدة الإفادة منها؟ كما ستكشف عن واقع ما يقدم من خدمات تأهيلية للأفراد المنتفعين من قبل مقدمي تلك الخدمات المختلفة، وذلك في الإجابة عن التساؤل الآتي: هل تتميز الخدمات التي تقدم على اختلافها لفئات الإعاقات المتعددة في مراكز تلقي الخدمة، بالكفاءة والجودة العالية؟ وما مدى تقبل المستفيدين لتلك الخدمات المقدمة في هذه المراكز؟

وتتمثل مبررات الدراسة في الآتي:

١. عدم توافر مؤشرات كمية حديثة عن واقع الخدمات المقدمة إلى الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز التأهيل المجتمعي المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن.

٢. رصد الخدمات المقدمة في مراكز التأهيل المجتمعي بصورة كمية للأفراد المنتفعين منها.

٣. يشهد الواقع تزايدا في حالات الإعاقة. لذا، فإن الأمر يتطلب فحص المراكز التي تستقبل هذه الحالات، من حيث جودة الخدمة التي تقدمها، ومدى استجابتها للإعاقة بمختلف أنواعها.

وأكد ميلس (Miles, 2003) بأن هناك قصور في تبادل المعلومات حول واقع التأهيل المجتمعي في معظم البلدان النامية؛ بسبب الحاجة الماسة لإجراء البحوث الوصفية، التي تصف مختلف برامج التأهيل المجتمعي من حيث الأنشطة والخدمات والخبرات للعاملين والمختصين والأفراد المنتفعين (أفراد ذوي إعاقة وأسرهم) من خدماتها والمجتمع المحلي (أفراد ومؤسسات، و... الخ).

من هذا المنطلق، جاءت هذه الدراسة لرصد واقع الحال لخدمات التأهيل المجتمعي لمراكز التأهيل التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن؛ لضمان فاعليتها وقدرتها على مواكبة التغيرات التي تحدث بين فترة وأخرى، وليتم مقارنة واقع خدماتها مع المعايير العالمية؛ لأجل تعزيز مواطن القوة والتخلص من مواطن الضعف وتفعيل خدماتها ضمن المعايير الدولية المعمول بها.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

تتركز مشكلة الدراسة في معرفة واقع الخدمات التي تقدمها مراكز التأهيل المجتمعي في الأردن، وذلك ضمن الآتي:

- تعرف طبيعة مقدمي خدمات مراكز التأهيل المجتمعي (الأخصائيين والمتطوعات)، من حيث متغيرات مؤهلاتهم العلمية، وسنوات خبرتهم في التأهيل، ومناطق عملهم.
- تعرف طبيعة متلقي الخدمات في مراكز التأهيل المجتمعي (الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم)، من حيث متغيرات نوع الإعاقة، ونوع الخدمات المتلقية من المركز، ومدة الإفادة من خدمات المركز.
- تعرف مدى فاعلية الخدمات المقدمة في مراكز التأهيل المجتمعي من قِبل مقدميها، ومدى إفادة متلقّيها منها، من وجهتي نظر مقدمي الخدمات ومتلقيها.

وتتمثل مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس: ما واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز التأهيل المجتمعي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن؟، ولأجل ذلك ستحاول هذه الدراسة الإجابة عن الأسئلة الفرعية الآتية:

١- ما واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، من وجهة نظر الأشخاص العاملين (الأخصائيين والمتطوعات)؟

٢- هل يختلف واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، باختلاف منطقة العمل التأهيلية، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة التأهيلية للعاملين (للأخصائيين والمتطوعات)؟

٣- ما واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، من وجهة نظر الأفراد ذوي الإعاقة؟

٤- هل يختلف واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، باختلاف نوع الإعاقة، ونوع الخدمات التأهيلية، ومدة الإفادة من الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة؟

٥- ما واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، من وجهة نظر أسر الأفراد ذوي الإعاقة؟

٦- هل يختلف واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، باختلاف نوع إعاقة أبنائهم، ونوع الخدمات التأهيلية المقدمة ، ومدة الإفادة من الخدمات التأهيلية للأسر الأفراد ذوي الإعاقة؟

٧- هل يختلف واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، من وجهت نظر أسر الأفراد ذوي الإعاقة عن نظرة الأشخاص العاملين (الأخصائيين والمتطوعات) لهذا الواقع؟

أهمية الدراسة:

تبرز أهمية هذه الدراسة من استجابتها للاتجاهات العلمية وتوصيات الندوات والمؤتمرات المحلية والإقليمية والعالمية الخاصة بتقييم خدمات برامج التأهيل المجتمعي.

وتكمن أهميتها في أنها تبحث في ثلاثة منظورات، أولها المنظور/الجانب النظري؛ إذ إن مراكز التأهيل المجتمعي معنية بتحسين نوعية الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة، وهذه الدراسة ستقدم نظريا لموضوع التأهيل المجتمعي من حيث إنها ستؤكّد معنى التأهيل المجتمعي وأهميته ومكوناته وأسسه ومبادئه وماذا سيقدم للمجتمع؟ وماذا سيقدم المجتمع له؟

وأما من حيث الجانب العملي، فستقدم هذه الدراسة مقترحات من شأنها العمل على تطوير قدرة مراكز التأهيل المجتمعي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن على تقديم الخدمات التأهيلية للأفراد من ذوي الإعاقة وأسرهم (الأفراد المنتفعين).

وأما من حيث الأهمية البحثية، فيتوقّع من هذه الدراسة أن تزود الباحثين بالمزيد من الرؤى والإضاءات المتعلّقة بالتأهيل المجتمعي؛ ليبحثوها في الدراسات المستقبلية، وأن تفيدهم في تقييم الخدمات التي تقدمها مراكز التأهيل المجتمعي، وتساعدهم على اتّباع منهجية تكشف الواقع وتعمل على تحسينه، وتزودهم بمؤشرات فحص جودة تقديم الخدمات التأهيلية وغيرها في مراكز تقديم الخدمة للأفراد المنتفعين أفرادا ذوي إعاقة كانوا أو أسرهم.

وعليه، فإن الدراسة الحالية تعد أداة علمية وعملية مهمة للدول التي تحتضن برامج للتأهيل المجتمعي، وللمنظمات الدولية المانحة، من مثل: المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية، ومؤسسة دياكونيا – ناد، ومنظمة أوكسفام (Oxfam)، والمؤسسة السويدية، وغيرها، وللعاملين في مجال التأهيل المجتمعي؛ من أجل التخطيط على نحوٍ سليم، وتحديد مؤشرات ملائمة لقياس المخرجات والنتائج لعمل برامج التأهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين الفلسطينيين في الأردن؛ إذ تشكل هذه الدراسة قاعدة معلوماتية لواقع الخدمات في مراكز التأهيل المجتمعي التابعة لوكالة الغوث الدولية؛ إذ يعتمد نجاح المنظمات اليوم على قدرتها على جذب الأفراد المنتفعين من خدماتها وإرضائهم والحفاظ عليهم؛ ولتحقيق ذلك يجب معرفة خصائص الخدمات التي يرغبون فيها، وكذلك التوجه نحو تفضيلاتهم، مما يتطلب وجود فهم عميق للأفراد المنتفعين ولاحتياجاتهم، ومن ثم تقديم الخدمات المتميزة لهم في ضوء تلك المعرفة. فضلاً عن توظيف النتائج في توجيه البرامج وتجاوز الفجوات في الوقوف على مناحي القوة لدى مراكز التأهيل

المجتمعي ومن ثَم تعزيزها، ومناحي الضعف والعقبات التي تواجهها ومن ثَم السيطرة عليها وتذليلها، وكذلك الصعوبات التي من الممكن مواجهتها في المستقبل لتجاوزها.

وتعد الدراسة الحالية جزءا من تحديث البيانات الإحصائية، وتشكّل مؤشرا إلى المسؤولين عن التخطيط لمراكز التأهيل المجتمعي والقائمين على سياسته لخدمة شريحة كبيرة من المجتمع المحلي في الأردن، كما تعد مدخلاً لإيجاد الخدمات والبرامج التي يجب تحديثها وتطوير العمل بها ضمن المعايير الدولية المعترف بها عالميا بعد الرجوع للأدب السابق.

أهداف الدراسة:

تمثلت أهداف هذه الدراسة في معرفة وجهات نظر عينة الدراسة نحو الخدمات المقدمة للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز التأهيل المجتمعي التابعة لوكالة الغوث الدولية**، و**تبين واقع مراكز التأهيل المجتمعي من جانب مقدمي الخدمات (الأخصائيين والمتطوعات)، الذين يقدمون مشاريع وبرامج وخدمات في تلك المراكز للأفراد المنتفعين (الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم)، وكذلك من جانب الأفراد المنتفعين أنفسهم من خدمات تلك المراكز؛ كي يتم رصد حقيقة تلك الخدمات في تلك المراكز التأهيلية؛ بغية تعرف مستوى رضا الأفراد المنتفعين من خدمات تلك المراكز من ناحية الأفراد العاملين عليها والأفراد المنتفعين منها في المجالات الآتية:

١- جودة الخدمات المقدمة.

٢- استخدام التكنولوجيا والأجهزة التأهيلية.

٣- الكفاءة الفنية ومدى استخدامها.

٤- وفرة الجاهزية الموجودة والإمكانات المتاحة.

٥- كفاءة القيادة المحلية والعاملة.

٦- وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة.

فالهدف هو توفير المعلومات المناسبة لاتخاذ القرارات اللازمة. وفي برامج التربية الخاصة، هناك أربع مجموعات رئيسة تهمها المعلومات وتحتاج إليها لاتخاذ القرارات، وهي: الكادر التعليمي، ومديرو البرامج، وصانعو القرارات والسياسات، والمجتمع المحلي.

ويتوقع أن يستفيد من هذه الدراسة كل من:

- مخططي العملية التربوية والتعليمية للأفراد ذوي الإعاقة.
- المعلمين والمشرفين والأشخاص العاملين مع الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم، حيث توفر لهم رؤية حقيقية لحاضر خدمات التأهيل المجتمعي ومستقبلها.
- المسؤولين عن خدمات وبرامج إعداد المعلمين قبل الخدمة وفي أثنائها.

- الأفراد ذوي الإعاقة، حيث تتوافر لهم فرص مناسبة للمشاركة في إبداء الرأي قدر الإمكان. ولأسرهم؛ إذ تكمن أهميتهم في تقديم تلك الخدمات والبرامج للتأهيل المجتمعي وتقييمها.

تعريفات لبعض المفاهيم والمصطلحات ذات الصلة بالموضوع:

هناك مجموعة من التعريفات لبعض مصطلحات الدراسة، وتعتبر مفتاحية لهذه الدراسة، والمتمثلة في ما هو آتي:

- **وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا):** هي وكالة إغاثة وتنمية بشرية تعنى بتوفير التعليم والرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية والمعونة الطارئة لما يربو على أربعة ملايين لاجئ يعيشون في قطاع غزة، والضفة الغربية، والأردن، ولبنان، والجمهورية العربية السورية. تقدم خدماتها من نوع الخدمات التي يقدمها القطاع العام عادة، وتتعاون الوكالة تعاونـًا وثيقـًا مع السلطات الحكومية في مناطق عملياتها، حيث تقدم هذه السلطات بعض الخدمات للاجئين الفلسطينيين. فمن خلال دائرة الإغاثة والخدمات الاجتماعية تقدم الأونروا خدماتها لأسر اللاجئين الفلسطينيين العاجزة عن تلبية حاجاتها الأساسية، وتساعد على تطوير الاعتماد على الذات في مجتمع اللاجئين من خلال التنمية الاجتماعية للمجتمع (الأونروا، ٢٠٠٣).

- **برنامج الإغاثة والخدمات الاجتماعية:** يهدف برنامج الإغاثة إلى توفير المعونة المادية والمالية المباشرة، بما في ذلك الغذاء، للأسر التي تعاني صعوبات خاصة من خلال برنامج العسر الشديد، ويهدف برنامج الخدمات الاجتماعية إلى التخفيف من وطأة الفقر، وذلك بمساعدة اللاجئين المحرومين، كما يوفر البرنامج مساعدة فنية ومالية لمراكز المجتمع المحلي، التي تخدم برامج المرأة والأفراد ذوي الإعاقة والشباب، وتدار من قبل مجموعة من المتطوعين في المجتمع المحلين وتوفر سلسلة من الخدمات الاجتماعية التنموية لمجتمع اللاجئين، ويجري ذلك من خلال التوعية المجتمعية والتدريب على كسب المهارات وتوفير القروض الصغيرة (منشورات الأونروا، ٢٠٠٧).

- **برنامج الإعاقة:** هو أحد البرامج التي تم تأسيسها في دائرة خدمات الإغاثة والخدمات الاجتماعية بوكالة الغوث في عام ١٩٩٠م، ليكون برنامج متخصص يوفر خدمات مختلفة في التأهيل للأشخاص اللاجئين ذوي الإعاقات في المخيمات وخارجها للنهوض بمستوى المجتمع المحلي وتحسين أوضاعه الاجتماعية (الأونروا، ٢٠٠٣).

- **التأهيل المرتكز على المجتمع المحلي Community Based Rehabilitation CBR**: هو تأهيل يعتمد استراتيجية تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة في عمليات التخطيط والتنفيذ والإشراف والمتابعة والتقييم. وتندرج هذه الاستراتيجية في إطار تنمية المجتمع المحلي، التي تهدف إلى تحقيق التأهيل والتكافؤ في الفرص والاندماج الاجتماعي لجميع الأشخاص الذين يعانون إعاقة ما. وينفذ هذا البرنامج من خلال الجهود المتضافرة من قِبل الأفراد ذوي الإعاقة أنفسهم ولأسرهم ولمجتمعاتهم المحلية والمؤسسات الصحية والتربوية والمهنية والاجتماعية المعنية. ويعمل البرنامج من خلال الباحثين/ات الاجتماعيين على تفعيل مشاركة الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في أنشطة البرنامج المتعددة والمشاركة مع اللجان المحلية القائمة على إدارة هذه المراكز لتنسيق الجهود وتوثيق التعاون بين برامج الأفراد ذوي الإعاقة في المؤسسات المختلفة الخاصة منها والحكومية. كما يعرف بأنه عملية تنموية وتأهيلية شاملة للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم؛ لتنمية مهاراتهم اليومية وتطويرها وصقلها من أجل تكيفهم المجتمعي، وذلك بالاعتماد على شرائح أفراد المجتمع المحلي في توفير الإمكانات وتهيئة البيئة التي يعيشون فيها داخل مكان محدود جغرافيا، بحيث يسهم أفراد المجتمع كافة في حياة واحدة، ويتشابهون في أسلوب المعاملات، وفي التجانس في القيم والعادات، وفي النظرة الشاملة للحياة، ويمارسون الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية المشتركة في غالب الأحيان.

- **خدمات التأهيل المجتمعي:** وهي مجموعة من الخدمات التي تقدمها مراكز التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز التأهيل المجتمعي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، والمتمثلة في الآتي:

١- **الخدمات المتخصصة النهارية الفردية**: وهي خدمات التربية الخاصة المشمولة بتدريب الأفراد ذوي الإعاقات وتعليمهم وتأهيلهم، التي تقدم الخدمات والأجهزة المساندة إلى الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم، التي تُقدم داخل المراكز بصورة يومية (نهارية) وفردية للأفراد ذوي الإعاقة في صفوف خاصة من مثل: صفوف الإعاقات (العقلية، والسمعية، والحركية، وصعوبات التعلم، والتوحد).

٢- **الخدمات المحددة الفردية ضمن برنامج زمني معين:** وهي خدمات تقدمها برامج التأهيل للأفراد ذوي الإعاقات في أوقات زمنية معينة داخل المركز وخارجه، وتشمل الخدمات المساندة (كالعلاج الطبيعي، والوظيفي، والنطقي)، وخدمات التأهيل الأسري (المنزلي)

أوالزيارات المنزلية التي تُقدم للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم ضمن برنامج محدد بصورة فردية داخل المركز أو في منازلهم، من مثل: خدمات العلاج الطبيعي والوظيفي، وخدمات فحص السمع والتدريب النطقي.

٣- **خدمات الدمج الاجتماعي:** وهي خدمات التدريب والتعليم والتأهيل التي تقدم هذه الخدمات للأفراد ذوي الإعاقة ضمن المجتمع المحلي بهدف الدمج المجتمعي، مثل: الدمج الأكاديمي داخل مؤسسات تعليمية مثل: الروضات، والمدارس، وكليات المجتمع، والجامعات، والدمج المهني داخل أماكن عملهم، من مثل: بعض الحِرف مثل: المحلات، والمصانع، والمشاغل.

٤- **الخدمات المجتمعية:** وهي خدمات التأهيل المجتمعي التي ُتقدم للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم ولأفراد من المجتمع المحلي كافة، وفي الأوقات والأماكن جميعها، بصورة مباشرة وغير مباشرة؛ بهدف خدمة شريحة كبيرة من أفراد المجتمع المحلي وتحقيق شمولية خدمات وبرامج التأهيل المجتمعي، مثل: (خدمات التوجيه والإرشاد، والكشف والوقاية، والإحالة والتشبيك، وإعارة الأجهزة التأهيلية وصيانتها، وفحص السمع، وصنع القوالب، والتعديلات البيئية)، وتكون بالتدريب وتقديم ونشر الوعي والثقافة المجتمعية حول الإعاقة. حيث قام الباحث باستثناء هذه الخدمة؛ كون أفرادها المستجيبين (أفراد ذو إعاقة و/ أو أسرهم) لا يعلمون بواقع الخدمات التأهيلية عن كثب؛ والسبب أن تلقيهم للخدمات جزئي ينحصر في زيارة أو زيارتين على الأكثر.

- **مراكز التأهيل المجتمعي:** وهي المراكز التي تُقدم فيها هيئات تطوعية على مستوى محلي ودولي - الأفراد العاملين (الأخصائيون والمتطوعات) - خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة التأهيلية للأفراد المنتفعين (الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم وأفراد من المجتمع المحلي) منها، حيث تقوم تقوم لجان محلية وأخصائيو تأهيل، بمساندة من الأونروا، بإدارة برنامج مجتمعي لتأهيل اللاجئين من ذوي الإعاقة ودمجهم في المجتمع من خلال عشرة مراكز للتأهيل المجتمعي؛ بهدف رفع وعي المجتمع باحتياجات الأفراد ذوي الإعاقة وحقوقهم وإمكاناتهم. وتقدم المراكز خدمات التأهيل الأساسي، وتحيل الأفراد للخدمات المتخصصة، وتساعد الكبار من ذوي الإعاقة على الحصول على التدريب الفني الملائم (الأونروا، ٢٠٠٣). وذلك ضمن منطقة جغرافية محددة، والمكونة من عشرة مراكز التأهيل المجتمعي، تقع في مناطق تواجد اللاجئين الفلسطينيين داخل المملكة الأردنية الهاشمية، حيث تخضع مظلتهم القانونية ضمن مناطق تواجدها إلى وكالة الغوث الدولية، وتشرف

عليهم لجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي. وتتبع خمسة مناطق عمل تأهيلية حسب تقسيم وكالة الغوث الدولية، كما هو مبين أدناه:

- منطقة العاصمة عمان: وتشمل مراكز تأهيل مخيمات (الطالبية، والوحدات، البقعة).
- منطقة محافظة الزرقاء: وتشمل مركزي تأهيل مخيمي (الزرقاء، وحطين).
- منطقة محافظة جرش: وتشمل مركزي تأهيل مخيمي (سوف، وجرش).
- منطقة محافظة إربد: وتشمل مركزي تأهيل مخيمي (الحصن، وإربد).
- منطقة الأغوار الشمالية: وتشمل مركز تأهيل بلدة وقاص.

- **الأفراد العاملون:** ويعرفون إجرائيا بأنهم - مقدمو خدمات التأهيل المجتمعي - فريق كادر العمل التأهيلي (الأخصائيون والمتطوعات)، المراد تطبيق أداة الدراسة عليهم؛ لرصد واقع الخدمات التي يقدمونها للأفراد من ذوي الإعاقة وأسرهم في تلك المراكز (مجتمع الدراسة)، والملقى على عاتقهم تنفيذ سياسة عمل التأهيل المجتمعي في مراكز التأهيل المجتمعي، وتوفير الخدمات اللازمة للأفراد المنتفعين من المراكز التأهيلية؛ لاستعادة قدراتهم الوظيفية.
- **الأفراد المنتفعون:** ويعرفون إجرائيا بأنهم متلقو خدمات التأهيل المجتمعي، الأفراد ذوو الإعاقة، و/أو أسر الأفراد المنتفعين، و/أو أفراد المجتمع المحلي- المراد تطبيق أداة الدراسة عليهم - المنتفعون من خدمات مراكز التأهيل المجتمعي ضمن منطقة سكنهم أو داخل المراكز التأهيلية أو في المدارس التعليمية النظامية، أو في أماكن عملهم، والمراد أخذ آرائهم حول تلك الخدمات التي تقدّمها تلك المراكز التأهيلية لهم، والمتمثلة في الخدمات النهارية المتخصصة اليومية، والخدمات المحددة بزمن معين، وخدمات الدمج الاجتماعي، والخدمات المجتمعية.
- **الأفراد ذو الإعاقة:** هم متلقو الخدمات من ذوي الإعاقة في مراكز التأهيل المجتمعي، تبعا للتقرير الذي شُخص بناء عليه الفرد ذوو الإعاقة من قِبل الجهات الرسمية والجهات المعتمدة والمختصة في هذا المجال، مثل: وزارة الصحة/ قسم الأمومة والطفولة/ مركز تشخيص الإعاقات المبكرة، والمدينة الطبية/ مركز فرح/ قسم التقييم والتشخيص. حيث تقع ضمن تقديم الخدمات للإعاقات الآتية: ذوي الإعاقة العقلية، وذوي الإعاقة السمعية، وذوي الإعاقة البصرية، وذوي الإعاقة الحركية، والتوحد، وصعوبات التعلم، والاضطرابات النطقية واللغوية، والاضطرابات السلوكية والانفعالية، ومتعددي الإعاقة.

- **أسر الأفراد ذوي الإعاقة (Parents)**: هم عينة أباء الأفراد ذوي الإعاقة أو أمهاتهم الذين شملتهم الدراسة.

- **منطقة العمل:** وهي مكان العمل التأهيلي للأفراد المتطوعين في مراكز التأهيل المجتمعي (الأخصائيين والمتطوعات)، وهي منطقة جغرافية تتواجد بها الخدمة التأهيلية للأفراد المنتفعين، والمراد استجابة الفرد العامل عليها ضمن خمسة مناطق عمل تأهيلية تابعة لوكالة الغوث الدولية (مجتمع الدراسة) وهي: منطقة عمان، ومنطقة الزرقاء، ومنطقة جرش، ومنطقة إربد، ومنطقة الأغوار الشمالية.

- **المؤهل العلمي:** هو المؤشر الذي يضعه مقدم الخدمة (الأخصائي أو المتطوع) لمستوى التعليم الذي وصل إليه، وذلك ضمن المستويات الثلاثة الآتية: (مستوى عالٍ لحملة الشهادة الجامعية بكالوريوس أو أكثر، ومستوى متوسط لحملة شهادة الدبلوم المتوسط، ومستوى منخفض لحملة شهادة الثانوية العامة أو أقل من ذلك).

- **سنوات الخبرة:** وهي الدرجة التي يضعها مقدم الخدمة (الأخصائي أو المتطوع) على أداة الدراسة؛ لتحديد عدد السنوات العملية في مجال الخدمة التأهيلية، التي تقع في ثلاثة مستويات على النحو الآتي: (مستوى عالٍ لما فوق الثلاث سنوات خبرة، ومستوى متوسط لما بين الثلاث إلى السنة الواحدة من الخبرة، ومستوى منخفض لما دون السنة الواحدة من الخبرة).

- **مدة الإفادة:** وهي مدة زمنية تقاس منذ اللحظة التي التحق بها متلقو الخدمة (الأفراد ذوو الإعاقة أو أسرهم) إلى اللحظة التي جرى فيها التقييم – استجابة الفرد على أداة الدراسة التي قُدمت له فيها الخدمات التأهيلية، وتقع ضمن ثلاثة مستويات، أولها مدة الإفادة التي تقل عن سنة واحدة، وثانيها لحظة الإفادة من سنة واحدة حتى الثلاث سنوات، وثالثها لمن تزيد فترة استفادتهم على الثلاث سنوات.

- **جودة الخدمات:** هي مجموعة المواصفات والسمات للخدمات التأهيلية التي يستجيب لها أفراد عينة الدراسة على أداة الدراسة من وجهات نظر عاملي الخدمة في مراكز التأهيل المجتمعي والأفراد المنتفعين من تلك الخدمة؛ لتحوز على رضاهم في المجالات الستة الآتية: تقديم الخدمة والبرامج المطبقة، واستخدام التكنولوجيا والأجهزة التأهيلية، وكفاءة القيادة العاملة، وامتلاك المعرفة الفنية واستخدامها، وتوافر البيئة المكانية وجاهزيتها، ووسائل التواصل المتبعة.

محددات البحث:

اقتصرت هذه الدراسة على الأمرين الآتيين:

١- دراسة واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز التأهيل المجتمعي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، من وجهتي نظر مقدمي الخدمات (الأخصائيين والمتطوعات)، والأفراد المنتفعين (الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم)، للعام الدراسي ٢٠٠٨~٢٠٠٩م.

٢- منهجية هذه الدراسة وما قامت عليه من إجراءات بحثية في اختيار مجتمع الدراسة وعينتها وفي استخدام أدواتها.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري:

لا شك في أن قضايا الأفراد ذوي الإعاقة شغلت العالم بأسره، وبرزت المشكلة جلية واضحة منذ حصر أعداد ونسب تزايد الأفراد من ذوي الإعاقة في المجتمعات كافة، وتسارعت حينها الدراسات والبحوث للحد من تزايد هذه المشكلة في تلك المجتمعات، فظهر توجه إيواء ورعاية وتعليم وتأهيل الأفراد ذوي الإعاقة في المؤسسات المعنية بعيدا عن المدن الكبرى. إلا أن هذا الطرح كبديل للحد من مشكلة الأفراد ذوي الإعاقة لم يكن بالقدر المطلوب؛ إذ أشار داود (٢٠٠٦) إلى أن تقييم واقع خدمات التأهيل كان متدنيا في كل من الدول الصناعية والدول النامية في أواسط السبعينيات من القرن الماضي. بالرغم من أنه يتيح الفرص أمام الأفراد ذوي الإعاقة لتلقي خدمات الرعاية الصحية داخل تلك المؤسسات المعنية بإيوائهم. وظهر حينها توجه لرعايتهم وتدريبهم وتعليمهم من قبل متخصصين في المجالات كلها في مؤسسات التربية الخاصة المتواجدة في المدن الكبرى، فتوجه النقد لمثل هذه المؤسسات في كلاف إنشائها وسياسة عزل أفرادها عن المجتمع وبيئاتهم المحلية، وقلة أفرادها المنتفعين منها؛ لأجل متطلبات كلفتها العالية، وتواجدها في المدن وبعدها عن القرى، وحصرها في استقبال حالات معينة.

وبرز لذلك طرح جديد متعلق بالعديد من المنظمات والهيئات الدولية والباحثين والمخططين المهتمين في قضايا الأفراد ذوي الإعاقة؛ لتغطية الثغرات الموجهة لوجود مؤسسات التربية الخاصة، التي استندت على سياسة خاصة في تأهيل أفرادها المنتفعين. كما أشار داود (٢٠٠٦) إلى تقييم واقع المؤسسات وبروز المشكلات السابقة في النصف الثاني من سبعينيات القرن الماضي. فظهر الاتجاه نحو تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في بيئاتهم المحلية، التي تقوم على مبادئ المشاركة والمساواة والتفاعل والدمج من خلال الاستثمار الفعال للموارد والإمكانات المحلية لمواجهة مشكلة الزيادة في وجود الأفراد ذوي الإعاقة عالميا، وظهرت مفاهيم ومصطلحات خاصة بالتأهيل المجتمعي. حيث تم تناول وجهات النظر حول هذا النهج في سياسة تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة مجتمعيا.

مفهوم التأهيل المجتمعي في إطار التنمية المجتمعية:

نال التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة قبولاً ودعما في بعض المجتمعات التي تبنّت فكرة تأهيل أفرادها ذوي الإعاقة في مجتمعاتهم المحلية محليا وأقليميا وعالميا، وقد اهتم الباحثون والدارسون بقضية التأهيل المجتمعي، وتمثل ذلك الاهتمام في أخذ الباحثين في المنظمات الدولية والعالمية والهيئات المعنية بحقوق الإنسان اهتماما بالتأهيل المجتمعي من حيث تعريفه وأساسه ومنهجه و...؛ فظهرت تعريفات مختلفة حول مصطلح التأهيل، يذكر الباحث منها على سبيل المثال لا الحصر:

عرفت WHO في عام ١٩٦٩م التأهيل المجتمعي، بأنه الاشتراك المنسق للوسائل الطبية والاجتماعية والتعليمية والمهنية، أو إعادة تدريب الفرد ذوي الإعاقة وإيصاله إلى أعلى مستوى ممكن من القدرات الأدائية (WHO, 2004).

وفي عام ١٩٩٤م أصدرت أدبيات المنظمات الدولية العاملة في مجال التأهيل المجتمعي - UNESCO وILO وWHO - تعريفـًا للتأهيل المجتمعي نص على أنه الاستراتيجيات التي تندرج في إطار تنمية المجتمع المحلي، وتهدف إلى تحقيق التأهيل والتكافؤ في الفرص والحد من الفقر والاندماج الاجتماعي للأشخاص جميعهم الذين يعانون إعاقة ما، وينفّذ من خلال الجهود المتضافرة للأفراد ذوي الإعاقة أنفسهم ولأسرهم ولمجتمعاتهم المحلية وللمرافق الصحية والتربوية والمهنية والاجتماعية المعنية (WHO, 2006).

وعرف التأهيل المجتمعي في ورقة العمل المقدمة من القريوتي (١٩٩٦) بأنه الاستراتيجية أو المنهج الذي يقوم على استثمار الموارد والخدمات المحلية المتاحة في كل مجتمع سكاني، وتسهيل إمكانية الأفراد ذوي الإعاقة من تلك الموارد والخدمات أسوة ببقية أفراد المجتمع. ويحقق التعريف غايات يجب الوصول إليه، هي: حق الأفراد ذوي الإعاقة في المساواة وتكافؤ الفرص وكفالة حقوقهم، وتشجيع العدالة الاجتماعية، والحفاظ على كرامتهم الإنسانية، وتأمين مستلزمات وصولهم إلى ميزانية اقتصادية، وإيجاد روح المبادرات للعمل التطوعي في أفراد المجتمع الواحد؛ من أجل الوصول إلى حياة أفضل للأفراد ذوي الإعاقة، والسعي وراء تغيير التوجهات المسلكية الخطأ حول الإعاقة وتوجيهها إلى الناحية الإيجابية. ويؤكد ذلك مؤتمر تورينو للتأهيل المجتمعي (١٩٩٤) إن التأهيل المجتمعي يقوم على توفير وتقديم الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة في مجتمعاتهم وبيئاتهم المحلية مستفيدين من المواد المادية والبشرية جميعها المتوافرة في المجتمع المحلي.

كما عرف بأنه استراتيجية للتنمية الاجتماعية يهدف إلى تفعيل الطاقات على صعيد المجتمع لإحداث تغيير في معارف الناس ونظرتهم وسلوكهم ولتمكين أفراد المجتمع من تعرف الإعاقة أكثر، وبالتالي تفهمها على نحو أفضل بجوانبها الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، فضلاً عن تقديم بيئة محيطة أفضل مما هي عليه للأفراد ذوي الإعاقة وتحسين مستوى حياتهم (سالم، ١٩٩٧). ويجمل الباحث مفهوم التأهيل المجتمعي بأنه نهج تنموي شامل، يهدف إلى تحقيق التأهيل المجتمعي وتكيفه؛ ليوائم متطلبات العيش للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم ولأفراد المجتمع الذي يعيشون فيه؛ تنفيذًا للحقوق الإنسانية بين كل أفراد ذلك المجتمع من حيث المساواة المشتركة في الحقوق والواجبات بينهم، وتسهيلاً للاندماج الاجتماعي لجميع الأفراد ذوي الإعاقة في مجتمعهم؛ وللعيش بالأمن والأمان الاجتماعي؛ من أجل تحقيق توازن في مناحي الحياة المختلفة؛ الصحية والتربوية والمهنية والاجتماعية وغيرها، واستغلال الإمكانات الموجودة والموارد البشرية والاقتصادية المتاحة في المجتمع وهذا كله ينفذ من خلال تكاتف أفراد المجتمع الواحد في سبيل بذل الجهود المتضافرة بين الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم وأفراد المجتمع.

ووفقـًا لبرنر(Brinar, 1997) فإن التأهيل المجتمعي هو أكبر قوة بشرية تحاول الوصول إلى الأفراد ذوي الإعاقة جميعهم، خصوصا أولئك الذين هم في أشد الحاجة إليها (David, 1997).

وهناك ثلاثة معانٍ رئيسة تتضمنها فكرة التأهيل المجتمعي، وتشتمل:

- **الأفراد يهتمون ببعضهم:** يقع على عاتق أفراد الأسرة وأعضاء من المجتمع المحلي قيامهم بالأنشطة جميعها ورعاية الأفراد ذوي الإعاقة وتعليمهم وعلاجهم، وعمل التكيفات الملائمة والمناسبة لهم، ضمن قدراتهم وإمكاناتهم المتاحة.
- **المفهوم الإيديولوجي التأهيل المجتمعي:** يعزز التأهيل المجتمعي النهج اللامركزي لتقديم الخدمات؛ إذ يقوم على افتراض أن أعضاء المجتمع راغبون في توفير الخدمات المناسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وقادرون على تعبئة الموارد المحلية. وقد نجح هذا المفهوم في العديد من برامج التأهيل المجتمعي في البلدان النامية عن طريق الاستعانة بحكومات هذه البلدان، إلا أن هذا المفهوم ظل فكرة غير واقعية في بعض الأحيان.
- **دعم المنظمات للبرامج والمشاريع:** وإدراكـًا من القيود التي تفرض على الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم من قلة الموارد البشرية والمادية، فإن على الأفراد في المجتمع المحلي إيجاد برامج ومشاريع التأهيل المجتمعي؛ لمحاولة تشجيع التأهيل المجتمعي وتسهيله،

ويتحقق ذلك من خلال زيارة الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في منازلهم، وإعطائهم المعلومات الضرورية واللازمة لهم، وتدريبهم، وعلاجهم، ودعم حقوقهم، وتشجيعهم على الاندماج في المجتمع (Sonu Goel ,2007).

ويعد التأهيل المجتمعي بمفهومه الواسع نهجا شاملاً يضم الوقاية من حدوث الإعاقة، وتأهيل الأطفال ذوي الإعاقة بالرعاية الصحية الأولية، ودمجهم في الرياض والمدارس العادية، وتأمين الراشدين منهم بفرص للعمل المربح للأشخاص الراشدين (سالم، ١٩٩٧).

يمكن، من إجمال تعريفات التأهيل المجتمعي، واستنتاج أنها جميعها تدور حول مفهوم واحد هو موضوع استراتيجية عمل تهدف إلى توفير برامج تأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة ضمن المجتمع المحلي، ولكنها تعتمد بالدرجة الأولى على الإمكانات المتوافرة داخل ذلك المجتمع (سالم، ١٩٩٧) وعلية، فإن تأهيل المجتمعات المحلية يعد طريقة عملية لتقديم الخدمة الكافية والفعالة للأفراد ذوي الإعاقة في مجتمعاتهم وبيئاتهم المحلية، مستفيدين من جميع الموارد المادية والبشرية المتوافرة في المجتمع المحلي، مع تأكيد مشاركة وشمول الأفراد ذوي الإعاقة أنفسهم وأسرهم ومجتمعاتهم في عملية التأهيل. وهناك اتجاهان للتأهيل المجتمعي، أولهما أن التأهيل المجتمعي هو الجهد الذي يبذل لجعل أعضاء الأسرة والمجتمع يقومون بأداء المهام التأهيلية للشخص ذي الإعاقة في بيئته ومجتمعه، وهذا الاتجاه هو البعد عن المؤسسات والخدمات المؤسسية كليا، وثانيهما إمداد خدمات تأهيلية لأكبر عدد من الأفراد ذوي الإعاقة وخصوصا في المناطق البعيدة عن المدن، وتحويل الخدمات في مراكز التأهيل إلى تقديم دعم فني.

نشأة برنامج التأهيل المجتمعي في مراكز وكالة الغوث الدولية في الأردن:

كان برنامج الأفراد ذوي الإعاقة حتى الفترة القريبة الماضية يقتصر على تمويل إدخال بعض الحالات ذوي الإعاقات العقلية والحركية في مؤسسات التربية الخاصة في مناطق خارج نطاق سكناهم. ونتيجة للإقبال عليها من قبل أسر الأفراد ذوي الإعاقة؛ بسبب عدم وجود بديل لها، ورغم تلقي هذه الفئة من المجتمع خدماتها الإيوائية المقتصرة على الرعاية الصحية وبعض الخدمات المبتورة، فإنها لم تفِ بالأهداف التدريبية والبرامج الشمولية للخدمة التأهيلية المرجوة، وكذا لم تستوعب الكم من الأفراد ذوي الإعاقة المدرجين على قوائم الانتظار؛ نتيجة الزيادة في نسب ظهورهم في المجتمع. مما حفز المنظمات الدولية وهيئات الإغاثة العاملة في شؤون الإعاقة على إيجاد الحلول الممكنة لذلك، حفاظـًا على حق ذوي الإعاقة والمرأة والطفل وفق أسس ومبادئ احترام الإنسان والمساواة والعدالة الاجتماعية والتضامن الاجتماعي والدعم

الاجتماعي والدمج الاجتماعي. فقد طالبت بعض أسر الأفراد ذوي الإعاقة وأفراد من المجتمع المحلي مطالبة حثيثة بتبني سياسة تأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة في مجتمعاتهم، وبتجاوب من وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الأردن وبدعم من جمعية أوكسفام البريطانية تمت المباشرة بتنفيذ أول مشروع ريادي عام ١٩٨٣م حيث تم تقديم الخدمة النهارية لعدد من الأفراد ذوي الإعاقة، فكان العطاء الرئيس هو عطاء المجتمع المحلي في المخيم، فعندها قامت لجنة تطوعية من المجتمع المحلي بإدارة هذا البرنامج لتحقيق ثلاثة أهداف:

- تعديل الاتجاهات الاجتماعية نحو الأفراد ذوي الإعاقة.
- تشجيع مشاركة المجتمع المحلي في تقديم الخدمات لأفراده ذوي الإعاقة.
- تحسين أنماط الحياة اليومية للأشخاص ذوي الإعاقة عن طريق البرامج التربوية والاجتماعية والطبية، وتحويل الأفراد ذوي الإعاقة من مجرد متلقين للخدمات إلى مشاركين.

ومع بدء التحضير للسنة الدولية للأفراد ذوي الإعاقة في عام ١٩٧٩م، أسفرت المشاورات التي أجرتها منظمة الأمم المتحدة الدولية مع مكتب هيئة الأمم المتحدة للشؤون الاجتماعية والاقتصادية، وكنتيجة لتوصيات الدراسة التي أجريت في الميدان، وللظروف الاقتصادية والاجتماعية التي تعيشها المخيمات، عن أن تطوير خدمات الأفراد ذوي الإعاقة يجب أن يكون في إطار اجتماعي بمشاركة اللاجئين أنفسهم، وهو التوجه العالمي للعمل مع الأفراد ذوي الإعاقة في تلك الفترة.

وكنتيجة لذلك، فقد ظهر التأهيل المجتمعي خلال الثمانينات من هذا القرن، مع انطلاق مبادرة الخدمات الصحية الأساسية من جهة WHO لأول مرة؛ إذ أصبحت مشاركة المجتمع المحلي والتنسيق القطاعي من أسس السياسة الصحية، حيث نظرت WHO إلى التأهيل المجتمعي باعتباره جزءا من الخدمات الصحية الأساسية، التي تستهدف رفع مستوى وعي أفراد المجتمع المحلي بالمشكلات التي تواجههم، ومساعداتهم على إعداد وتسهيل الخدمات الأساسية لمواجهتها (شاهين والنواوي، ٢٠٠٩).

وحين تبلورت فكرة إنشاء التأهيل المجتمعي، بدأت المباشرة في تنفيذ المشروع الذي مرت تجربة تنفيذه في مراحل عدة، تمثلت في الآتي:

المرحلة الأولى: تبلورت الفكرة نتيجة للمشكلات التي أحدثتها قلة الخدمات المتواجدة في المخيمات الفلسطينية؛ بسبب زيادة تدني الأوضاع الصحية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وحتمية الزيادة في أعداد سكانها وزيادة ظهور الإعاقة فيها. ونظرا لمحدودية الإمكانات المادية والبشرية عند منظمة الأمم المتحدة لتنفيذ هذا البرنامج، فقد تم الاتصال ببعض الجمعيات والمنظمات غير الحكومية؛ لدراسة فكرة إنشاء خدمات تأهيلية داخل تلك المخيمات الفلسطينية وفي منطقة عمليات وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا). حيث وافقت جمعية أوكسفام البريطانية على اختيار أحد المخيمات الواقعة في المملكة الأردنية الهاشمية لتمويل نموذج ريادي تجريبي فيه.

المرحلة الثانية: تم اختيار مخيم سوف، الواقع في محافظة جرش داخل حدود المملكة الأردنية الهاشمية لإجراء الهدف التجريبي. وكان بعد تلك المنطقة الجغرافي عن الخدمات المتوافرة للأفراد من ذوي الإعاقة سببا في اختيارها؛ حيث تبعد عن العاصمة عمان حوالي ٥٠ كيلو مترا، ونتيجة لكثافتها السكانية؛ إذ يبلغ عدد سكانها عشرة الآف نسمة، وهو ما يمثل عددا شائعا في الكثير من المخيمات الأخرى، بالإضافة إلى الخلفية الثقافية لسكان المخيم، وهو ما يمثل تجانسا ثقافيا بين السكان.

المرحلة الثالثة: بعد نجاح مشروع تأهيل مجتمعي مخيم سوف كأول مشروع ريادي للتأهيل المجتمعي في الأردن في عام ١٩٨٣م، تم نقل التجربة إلى باقي مناطق تواجد الفلسطينيين في الأردن؛ حيث تبنت وكالة الغوث الدولية نهج التأهيل المجتمعي، كاستراتيجية للتدخل لمواجهة احتياجات الأفراد ذوي الإعاقة. لذا، استمرت التجربة بالتطور والنضوج، ثم امتدت إلى إنشاء مراكز التأهيل المجتمعي في تسعة مناطق أخرى في الأردن، تعتبر مراكز تأهيل نهارية في كل من مخيم جرش، ومخيم إربد، ومخيم الحصن، وبلدة وقاص، ومخيم البقعة، ومخيم ماركا، ومخيم الطالبية، ومخيم الوحدات، ولاحقا تمت إضافة مركز آخر في مخيم الزرقاء. وبذا يكون عدد المراكز العاملة مع ذوي الإعاقة عشرة، تغطي مناطق تواجد اللاجئين الفلسطينيين في الأردن.

وبعد نجاح التجربة الأولى لإنشاء مراكز التأهيل المجتمعي لوكالة الغوث الدولية في الأردن في مخيم سوف، ومخيم جرش، ومخيم الحصن خلال أعوام ١٩٨٢~١٩٨٧م، تم تعميم التجربة على مناطق عمليات الوكالة الأربعة المتبقية (الضفة الغربية، وقطاع غزة، وسوريا، ولبنان). فمثلاً، بدأ أول مشروع لبرنامج التأهيل المجتمعي في الضفة الغربية وداخل مخيم الدهيشة في عام ١٩٨٨م، تلا ذلك افتتاح أول مشروع للتأهيل المجتمعي في منطقة غزة في عام ١٩٩١م، وفي عام ١٩٩٢م بدأ أول برنامج للتأهيل المجتمعي في مخيم درعا داخل حدود جمهورية سوريا العربية، وأما في لبنان فكان أول برنامج للتأهيل المجتمعي في عام ١٩٩٤م (الأونروا، ٢٠٠٣).

وتتولى أمانة المسؤولية في هذه المراكز لجان محلية مشكلة من المجتمع المحلي وتعمل على نحوٍ طوعي، وتقوم على رسم السياسات العامة ووضع الخطط والبرامج المجتمعية والعمل على تنفيذ وتحقيق أهداف البرنامج بالتعاون التام مع أهالي ذوي الإعاقة والمجتمع المحلي والأفراد ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى وكالة الغوث الدولية.

وفي عام ١٩٩٢م، أقرت الأونروا سياستها تجاه الأفراد ذوي الإعاقة، ملتزمة بإعلان حقوقهم، وكذلك استندت إلى المفاهيم الواردة في برنامج العمل العالمي، والقواعد المحددة بشأن تكافؤ الفرص الصادرة عن الجمعية العامة للأمم المتحدة، حيث اعتمدت استراتيجية التأهيل المجتمعي في العمل مع الأفراد ذوي الإعاقة وليس من أجلهم، واعتبرت العمل مع الأفراد ذوي الإعاقة عملاً إنمائيا (WHO, 1993).

كما قامت وكالة الغوث الدولية UNRWA بتنظيم مؤتمر إقليمي في الأردن عام (1992). عقد المؤتمر بمشاركة العديد من المنظمات غير الحكومية التي تقدم خدمات التأهيل المبني على المجتمع المحلي في الشرق الأوسط، حيث تم تقديم تجارب وخبرات ناجحة حول تقديم برامج وخدمات التأهيل المجتمعي لأسر الأفراد ذوي الإعاقة ولأبنائهم المعاقين. فقد أشارت تلك التجارب إلى نجاحات تقديم خدمات التأهيل المجتمعي لأسر الأفراد ذوي الإعاقة ولأبنائهم، كما أكدت هذه الدراسات على تفعيل مشاركة مؤسسات المجتمع المحلي المختلفة لتلبي حاجات تلك الأسر، وتمخض عن هذا المؤتمر توصيات كان من أهمها التوصية بضرورة اعتماد هذا النوع من خدمات وبرامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي لمساعدة أسر الأفراد ذوي الإعاقة والتخفيف من أعبائهم مع ضرورة توفير الدعم والمساندة والتدريب اللازم لها.

وفي الأردن، تم في عام ١٩٩٧م تشكيل لجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي للأفراد من ذوي الإعاقة؛ من أجل الاستمرار في تقدم البرنامج وتطوير آليات العمل، بالتعاون مع وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين ممثلة بدائرة الإغاثة؛ لتقوم برسم السياسات العامة لبرامج تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة والمتابعة الفنية والإدارية والمالية، حيث يتم تمثيل كل لجنة محلية بعضوين؛ أحدهما الرئيس، وثانيهما يتم انتخابه، وبذلك يكون عدد أعضاء لجنة التنسيق عشرين عضوا ينتخبون من بينهم رئيسا ونائبا للرئيس وأمينـًا للسر وأمينـًا للصندوق، وتعد وكالة الغوث الدولية مرجعية لجنة التنسيق واللجان المحلية. وقد قامت لجنة التنسيق بالتعاون والتنسيق مع وكالة الغوث بإصدار نظام داخلي للجان المحلية في مراكز التأهيل المجتمعي واعتماده، حددت فيه الأدوار والمسؤوليات للمتطوعين في البرنامج من عاملي وعاملات التأهيل المجتمعي ومديري المراكز وأعضاء اللجان، بالإضافة للأخصائيين الذين يتبعون البرنامج التأهيلي أو المنتدبين من مؤسساتهم.

الخطوات العامة لتنفيذ مشروع تأهيل مرتكز على المجتمع:

تم تنفيذ البرنامج على مراحل يمكن وصفها كما يأتي:

١- تحديد الحيز الجغرافي المراد إقامة مركز التأهيل المجتمعي عليه.

٢- تحديد الشركاء الأساسيين واختيار لجنة لذلك، ويأتي ذلك من خلال تحديد الأشخاص المؤثرين في المجتمع المحلي ومن ثم تعريفهم بفلسفة التأهيل المجتمعي ومناقشتهم فيها.

٣- توعية المجتمع وتشجيعه على المشاركة في توفير الخدمات لأفراده من ذوي الإعاقة.

٤- تشكيل خمس فرق محلية لإجراء دراسة مسحية بهدف الكشف عن الأفراد ذوي الإعاقة في المخيم؛ ويأتي ذلك من خلال حصر أعدادهم واحتياجاتهم، والإمكانات والموارد الموجودة والمتاحة لهم في المجتمع.

٥- إنشاء مركز التأهيل المجتمعي في المخيم بدعم محلي ووطني ودولي.

٦- تحديد العناصر البشرية التي تتولى تنفيذ البرامج، وتدريبهم من خلال عقد لقاءات جماهيرية لتعرف المشروع وأهدافه وآلياته المقترحة، ويكون التدريب المناسب من خلال مؤسسات متخصصة.

٧- تقييم فاعلية البرنامج بمراحله التجريبية، واتخاذ قرار يقضي بتعميمه على بقية المخيمات.

٨- توعية وتدريب ذوي الإعاقة وأسرهم بهدف تمكينهم وتفعيل دورهم في عملية التأهيل.

٩- تشكيل لجنة لمساندة المشروع وخدماته يمثلها الأفراد ذوو الإعاقة وأسرهم كافة؛ لتوفير المساندة الفنية والعمل مع الخدمات المحلية جميعها لخدمة الأفراد ذوي الإعاقة.

١٠- توفير فرص التدريب والتأهيل المهني والتشغيل من خلال مصادر التدريب.

١١- استفادة الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم من برامج التنمية كلها والخدمات جميعها، مثل: (محو الأمية، القروض، برامج تنمية المرأة، رعاية الشباب، ... إلخ).

١٢- توفير برامج التدخل المبكر للأطفال منذ سن الولادة حتى سن الحضانة.

١٣- تفعيل دور الأفراد ذوي الإعاقـة وأسرهـم من خـلال تكويـن جماعات وجمعيات تمثل احتياجاتهم.

١٤- تدريب المتطوعين على تقديم الخدمات للأفراد من ذوي الإعاقة في بيئتهم الطبيعية. علما أن هذه الخطوات لا تنفذ بالتسلسل، ولكن حسب ظروف كل مجتمع (داود، ٢٠٠٦؛ الزعمط، ٢٠٠٥).

أهداف التأهيل المجتمعي لمراكز تأهيل المجتمع المحلي:

إن الهدف الرئيس للتأهيل المجتمعي، كما يشير البيان المشترك للمنظمات الدولية في عام ١٩٩٤م، هو ضمان قدرة الأفراد ذوي الإعاقة على الوصول بإمكاناتهم البدنية والعقلية إلى مستواها الأقصى، والانتفاع بالخدمات والفرص العادية، وتحقيق الاندماج الاجتماعي الكامل في مجتمعاتهم. ويستند هذا الهدف إلى مفهوم شامل للتأهيل؛ أي إلى مفهوم ينطوي على تحقيق المساواة في الفرص والاندماج في المجتمع المحلي (Sonu Goel, 2007).

وقد أوضح الخطيب (٢٠٠٨) أهداف مراكز التأهيل المجتمعي وسياساتها في العمل على تطوير وتنفيذ السياسات المساندة للأفراد المنتفعين من خدماتها، وتشجيع ومساندة المجتمعات المحلية؛ لتمكينها من النهوض بمسؤولية تأهيل أعضائها، الذين يعانون إعاقة ما، وتعزيز مرافق الإحالة لأغراض التأهيل في مجالات الصحة والتعليم والعمل على مستوى المراكز الإدارية المحلية ومستوى المحافظات وعلى المستوى الوطني، وإنشاء نظام لإدارة البرامج وتقييمها في هذا الصدد، وتغير مشاركة الأفراد ذوي الإعاقة أنفسهم في جميع هذه الأنشطة أمرا جوهريا.

وتم تأكيد ذلك من الحديدي ومسعود (١٩٩٧) بأن أبرز أهداف التأهيل المجتمعي يأتي في العمل مع مختلف القطاعات المجتمعية من أجل تغيير السياسة العامة، وضمان انتشار هذا المفهوم ليخدم أكبر عدد ممكن من الأفراد ذوي الإعاقة؛ لضمان المشاركة الكاملة وتكافؤ الفرص والدمج المجتمعي.

وهكذا، يتبين أن الهدف الرئيس لبرامج التأهيل المجتمعي هو تمكين الأفراد ذوي الإعاقة على الوصول بإمكاناتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية إلى أقصى مستوى تسمح به قدراتهم، والانتفاع بالخدمات والفرص العادية، وتحقيق الاندماج الاجتماعي الكامل في مجتمعاتهم، ويستند هذا الهدف إلى المفهوم المنطوي مع تحقيق المساواة في الفرص والاندماج بالمجتمع المحلي (دبابنة، ٢٠٠٦).

ويختصر الباحث على نحوٍ عام أهدافـًا يسعى التأهيل المجتمعي إليها من خلال تمكين الأفراد ذوي الإعاقة من تيسير وصولهم للخدمات والفرص المناسبة؛ لمساعدتهم على الوصول بإمكاناتهم البدنية والعقلية إلى أقصى حد ممكن وتفعيل دورهم في المجتمع. إضافة إلى تحفيز المجتمعات المحلية للنهوض بحقوق الإنسان وحمايتها حيال الأفراد ذوي الإعاقة، ويكون ذلك من خلال إحداث تغييرات داخل المجتمعات لإزالة الحواجز البيئية والاجتماعية التي تعترض ذلك.

ومن هذا المنطلق، أجمع الباحثون والدارسون على نقاط عدة تتعلق بأهداف التأهيل ضمن إطار المجتمع المحلي، وتتمثل تلك النقاط في ما يأتي:

١- تحقيق الدمج الاجتماعي والتكامل بين الأشخاص ذوي الإعاقة أطفالاً وكبارا داخل مجتمعاتهم في القطاعات كافة، من رياض أطفال ومدارس وورش مهنية.

٢- تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص والعدالة الاجتماعية وحماية حقوق الشخص ذي الإعاقة.

٣- رفع مستوى الأفراد ذوي الإعاقة من خلال التدريب والتأهيل والاندماج في المدارس، بمساعدة الشخص ذي الإعاقة على اكتساب مهارات الحياة اليومية التي تتيح لهم أكبر قدر من الاعتماد على الذات والاستقلالية.

٤- رفـع مستـوى الوعي في ما يتعلق بشؤون الأفراد ذوي الإعاقة وقضاياهم، وذلك بهدف توفير الأجواء الاجتماعية الملائمة لتغيير النظرة السلبية للمجتمع تجاه الشخص ذي الإعاقة.

٥- إشـراك المجتمع في صنع القرار وفي خدمات التأهيل؛ لإحداث تغييرات إيجابية في المحيط البيئي والاجتماعي والثقافي والاقتصادي بما يناسب احتياجات فئات المجتمع كافة.

٦- توفير التدريب للراغبين في العمل التأهيلي من أفراد المجتمع، وتشجيع روح العمل التطوعي من خلال أولياء الأمور والأفراد ذوي الإعاقة.

٧- العمل على الإقلال من حدوث الإعاقة في أنشطة الرعاية الصحية الأولية وبرامج التوعية المجتمعية المختلفة.

٨- تقوية التشبيك بين مؤسسات المجتمع المحلي المدني والحكومي ذات العلاقة للإفادة القصوى من الطاقات البشرية والمادية والمعنوية المتوافرة.

٩- دعم ومؤازرة الأفراد ذوي الإعاقة في تنظيم أنفسهم ومجتمعاتهم للدفاع عن حقوقهم والحفاظ عليها، وحثهـم على المشاركـة الفاعلة، وتمكينهم من إنشاء مجموعات أو جمعيات لتحديد مشكلاتهم والعمل على حلها.

١٠- نشر المفاهيم والقضايا المتعلقة بالجندر في المجتمع من خلال مشاركة المرأة الفاعلة في نشاطات البرنامج المختلفة.

١١- تطوير البيئة المناسبة للحوار الديمقراطي مع القطاع الحكومي والرسمي؛ للتأثير في وضع السياسات المتعلقة بالتأهيل والأفراد ذوي الإعاقة.

١٢- تطوير نموذج للدمج الأكاديمي (الجامع) في قطاع التعليم بشقيه؛ الحكومي وغير الحكومي، يرتكز على نحو رئيس على تجارب المؤسسات الأهلية في الدمج (داود، ٢٠٠٦؛ الزعمط، ٢٠٠٥).

وهنالك مجموعة من الأهداف العملية لبرامج التأهيل المجتمعي، منها:

١- العمل على إحداث تغيير في سلوك الناس ونظرتهم تجاه الأفراد ذوي الإعاقة من خلال نقل المعرفة وإظهار النماذج الإيجابية.

٢- إحداث تغيير إيجابي في المحيط (البيئة)؛ ليصبح أكثر سهولة لحركة الأفراد ذوي الإعاقة.

٣- تحسين نوعية تكافؤ الفرص والدمج الاجتماعي الشامل، وتوفير فرص العمل الكريمة للأفراد ذوي الإعاقة في مجتمعهم.

٤- إنشاء نظام لإدارة برامج التأهيل المجتمعي (الصفار، ٢٠٠٠).

ويمكن اختصار بعض الأهداف العملية للتأهيل المجتمعي في سعيها إلى تحقيق أهداف التأهيل المجتمعي على خير وجه، ويتمثل ذلك في النقاط الآتية:

١- إشراك المجتمع المحلي في نشاطات التأهيل المختلفة عن فهم الأفراد ذوي الإعاقة أنفسهم وعائلاتهم بالطرق الآتية:

أ- عقد اجتماعات تحضيرية لرموز المجتمع.

ب- تشكيل لجنة محلية.

ج- تشكيل مجموعات مساندة.

د- عمل أيام دراسية وتدريبية للعاملين في مجال التأهيل.

هـ- عمل نشرات تثقيفية في هذا المجال.

٢- مساعدة الشخص ذي الإعاقة على أن يكون مستقلاً في حياته اليومية ما أمكن،عن طريق:

أ- تدريبه على الاستقلالية في أنشطة الحياة اليومية.

ب- توفير الأجهزة المساعدة.

ج- رفع مستوى الوعي لدى أفراد المجتمع المحلي.

٣- تزويد أفراد المجتمع بالمهارات اللازمة لتوفير الأدوات البسيطة، التي يمكن صنعها محليا، عن طريق:

أ- إنشاء ورشات عمل صغيرة لصنع الأدوات.

ب- الاتصال بالمجتمع المحلي (حدادين، نجارين، ...).

٤- اكتشاف الطاقات البشرية للعمل مع الأفراد ذوي الإعاقة في برنامج التأهيل المجتمعي (الشخص ذو الإعاقة، والأسرة، والطلاب، والعمال، والحرفين، والمزارعين، و...).

٥- توفير الصلة المناسبة بين مستويات العمل كلها في التأهيل (تحقيق التكاملية).

٦- العمل على توفير برامج الأفراد ذوي الإعاقة في المجتمع المحلي، عن طريق:

أ- العمل مع الأسرة على كيفية التعامل مع الشخص ذي الإعاقة وتقبله فيها.

ب- تدريبه على المهارات التعويضية: حسية، نطقية، عقلية (عبد الباسط، ٢٠٠٦).

وعليه، فإن برنامج التأهيل المجتمعي يمكن اعتباره برنامجا للتنمية الاجتماعية يصل قطاعات المجتمع كافة. ومن حيث الجوهر فإن برنامج التأهيل المجتمعي لا يهدف إلى تقديم المساعدة أو الخدمات للأفراد ذوي الإعاقة فقط، وإنما يهدف إلى إعطاء المجتمع، بما فيهم ذوي الإعاقة، الفرصة للمشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بهم، بما يعود من نفع من خلال التفهم العميق لاحتياجات المجتمع وتحديد هذه الاحتياجات على أساس الأولويات، والعمل على تحسين أوضاع اللاجئين ذوي الإعاقة ضمن فرص متساوية للجميع من خلال توعية الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم وتأهيلهم وتمكينهم بالمشاركة مع مؤسسات المجتمع المحلي.

فلسفة التأهيل المجتمعي في إطار تنمية المجتمع المحلي:

تستند فلسفة التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة على أساس إنساني؛ كونهم كائنات اجتماعية لا تستطيع العيش بمعزل عن أفراد مجتمعها، وكذلك تقبل الشخص ذي الإعاقة واحترام حقوقه بين مجتمعه في مناحي الحياة السياسية، والاجتماعية، والإنسانية جميعها. علما أن هناك ثمة مناداة إلى مساواة الجميع في الحقوق والواجبات؛ لأن الإنسان ولد وله قدرات مختلفة عن الآخرين، ولكن اختلاف القدرات لا يجعلهم مختلفين في القيم. وهذا التوجه يقود إلى تدريب الأفراد ذوي الإعاقة على بناء قدراتهم وتحويلهم من ثم من أفراد مستهلكين إلى مشاركين في العملية التنموية الشاملة، التي تأتي من خلال استثمار الموارد المحلية جميعها وتعبئة المجتمع في إنجاز العملية التنموية التي تخدم الأشخاص ذوي الإعاقة وبأقل التكاليف (شاهين والنواوي، ٢٠٠٩).

كما أن تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة في إطار المجتمع يمثل نهجا وفلسفة جديدة تجاه قضايا الأفراد ذوي الإعاقة والتأهيل من منظور دمجهم في مجتمعاتهم وحماية حقوقهم بعيدا عن المفاهيم القديمة المبنية على عزلهم والشفقة عليهم؛ كون ذلك يلبي رؤية جديدة واستراتيجية ترتكز على مشاركة الفرد نفسه ذوي الإعاقة وأسرته في عملية التأهيل، ويعمل على اندماج الأفراد ذوي الإعاقة بصورة إيجابية في مجتمعاتهم؛ لتمكينهم من الانتفاع من الموارد المحلية المختلفة، كما يهدف إلى تغيير النظرة السلبية تجاه الأفراد ذوي الإعاقة من خلال ممارسة دور نشيط وفاعل للأسرة والمجتمع في عملية التأهيل. وهذا جميعه يعزز النظرة الشمولية لمعالجة قضية الأفراد ذوي الإعاقة باعتبار التأهيل المجتمعي جزءا من العملية التنموية.

وتعتمد فلسفة التأهيل على تكييف عناصر البيئة المحلية لتتناسب ومتطلبات برامج تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة، أي ضرورة استغلال المصادر والخدمات والكوادر المتوافرة في البيئة المحلية، والعمل على تطويرها لتتلائم ومتطلبات تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة بأقل كلفة مادية ممكنة، ويبقى المبدأ في فلسفة التأهيل المجتمعي هو إنشاء برامج تأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة تتلاءم ومتطلبات البيئة المحلية، وتستند إلى الدعم المحلي (سالم،١٩٩٧).

وثمة إجراءات عملية يسعى التأهيل المجتمعي من خلالها إلى تحقيق فلسفة التأهيل المجتمعي الشاملة. وقد لخص شاهين والنواوي (٢٠٠٩) بعض تلك الإجراءات، التي تتمثل في الآتي:

١- تقديم الدعم والخدمات والبرامج التدريبية المتنوعة على مستوى المجتمع المحلي للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم.

٢- تمكين المرأة والتعريف بأدوارها الإنسانية والعمل على الحد من التمييز بين الجنسين، وخاصة تجاه النساء ذوي الإعاقات.

٣- تلبية الاحتياجات الشمولية لأسر الأفراد ذوي الإعاقة ومجتمعاتهم.

٤- توفير الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة في منازلهم.

٥- دمج الأفراد ذوي الإعاقة في النشاطات والفعاليات المجتمعية المختلفة.

٦- تنفيذ برامج متكاملة للوقاية من الإعاقة.

٧- تغطية النقص الملحوظ في عدد المؤسسات التي تُعنى بتقديم الخدمات للأفراد ذوي الإعاقة من مختلف الإعاقات.

مبررات التأهيل في المجتمع المحلي:

يعد التأهيل المجتمعي والسعي إلى تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم حقـا مشروعا؛ إذ هو ضرورة اجتماعية وشكل من أشكال التأمينات الاجتماعية. وتعتمد هذه النظرة من جهة المبررات الأساسية لتقديم الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة، على ما يأتي:

١- ينظر إلى الإنسان، بغض النظر عن إعاقته، أنه إنسان قبل كل شيء وأنه صانع للحضارة؛ لذا يجب أن يكون هدفـًا لمجالات التنمية الشاملة.

٢- اعتبار الشخص ذوي الإعاقة قادرا على المشاركة في جهود التنمية إذا ما أتيحت له الفرص والأساليب اللازمة لذلك.

٣- يعد الأفراد ذوو الإعاقة طاقة إنسانية قادرة على المشاركة التنموية في المجتمع، ومن حقهم الاستمتاع بثمرة مشاركتهم، التي لا بد من أخذها بنظر الاعتبار عند التخطيط والإعداد للموارد الإنمائية في المجتمع.

٤- يملك الأفراد ذوو الإعاقة، مهما بلغت درجات إعاقتهم واختلفت فئاتهم، قدرات على التعليم والنمو والاندماج في الحياة العادية مع أفراد مجتمعهم. لذا، لا بد من تنمية ما لديهم من إمكانات.

٥- اعتبار أن عملية التأهيل في مجال الأفراد ذوي الإعاقة سلسلة من الجهود والبرامج الهادفة في مجالات الرعاية والتأهيل والدمج والتشغيل، وهي عبارة عن حلقات متكاملة في البناء، والقيام بأية واحدة منها بمعزل عن المجالات الأخرى لا يكفي لمواجهة مشكلات الأفراد ذوي الإعاقة.

٦- الرعاية والتعليم والتأهيل والتشغيل والاندماج الاجتماعي من حقوق الأفراد ذوي الإعاقة من غير تميز. لذا، لا بد من تنمية وتطوير ما لديهم من إمكانات.

٧- اعتبار عملية التأهيل حقـا من حقوق الأفراد ذوي الإعاقة في مجال المساواة مع غيرهم من المواطنين؛ لتوفير فرص المعيشة لهم.

٨- تقع مسؤولية عملية تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة على عاتق الدولة والأسرة والمجتمع؛ لمواجهة مشكلات الأفراد ذوي الإعاقة (الزعمط، ٢٠٠٥؛ شاهين والنواوي، ٢٠٠٩).

مبادئ التأهيل المجتمعي:

من أجل تفعيل التأهيل المجتمعي والانتقال من السياسة النظرية إلى الممارسة العملية، بدأ العمل على تطوير مبادئ التأهيل المجتمعي وتوجيهاته بتعاون وثيق بين أصحاب المصالح الرئيسة لشؤون الأفراد ذوي الإعاقة. حيث كان أول اجتماع حول مبادئ التأهيل المجتمعي وتوجيهاته في تشرين الثاني من عام ٢٠٠٤م، وحضره (٦٥) خبيرا يمثلون منظمات الأمم المتحدة، والحكومات الوطنية، ومنظمات الأفراد ذوي الإعاقة، والمنظمات المهنية، وخبراء في مجال الإعاقة من البلدان النامية. وكان الاجتماع قد وضع الإطار الأساسي الجديد لمبادئ وتوجيهات التأهيل المجتمعي. ولخصها في مصفوفة مكونة من خمسة عناصر رئيسة: الصحة،

والتعليم، وكسب الرزق، والتكيف مع المجتمع، والمهارات الاجتماعية، وحددت باعتبارها أهدافًا إلى التأهيل المجتمعي. فالمبادئ الأساسية التي توجهها التأهيل المجتمعي هي: المشاركة، والاستمرارية، والدعوة الذاتية. وضمت الجلسة الأولى مشروع محتويات المبادئ والتوجيهات وتحديد الخطوات الواجب اتخاذها في التأهيل المجتمعي؛ لأجل العمل على تطويرها (WHO, 2004).

وهنا، يجب العمل في برامج التأهيل المجتمعي ضمن مبادئ التأهيل الآتية:

- ضرورة الأخذ بإجراءات الوقاية من الإعاقة ضمن مستوياتها المختلفة، من مثل: منع حدوث الإعاقة أو الأمراض المزمنة، أو التخفيف منها في حال حدوثها.
- الاهتمام بالقضايا المتعلقة بالأفراد ذوي الإعاقة واعتبارها جزءا لا يتجزأ من نظام الرعاية الصحية الأولية.
- تقديم حلول للمشكلات التي تظهر في تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة ضمن التأهيل المعتمد على المؤسسات؛ من خلال العمل على تدريب عدد من أعضاء المجتمع المحلي في مجال التأهيل؛ ليقوموا بأدوار وسيطة بين الأطباء المساعدين ومساعدي العاملين في الحقول الصحية.
- النظر لبرامج التأهيل المجتمعي على أنها برنامج للتنمية المجتمعية، والتكافل والعدالة الاجتماعية. لذا، يجب النظر إلى برامج التأهيل المجتمعي على أنها تخص المجتمعات المحلية.
- إسناد برنامج التأهيل المجتمعي إلى دراسة معمقة للمحتوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي والتعليمي في المجتمع على مستوى محلي.
- اتخاذ الإجراءات اللازمة ليصبح التأهيل المجتمعي جزءا من أنشطة المجتمع الإنمائية، وتهيئة الظروف المناسبة لضمان استمرارية البرنامج بالعمل والتدريب اللازم.
- اتخاذ التدابير اللازمة لتنفيذ برنامج التأهيل المجتمعي بالنظر إلى اختلاف آليات تنفيذها من بلد إلى آخر. وينبغي في هذا الشأن تحليل جملة المتغيرات، ومنها: الحقائق الجغرافية، وخصائص التنظيم الاجتماعي، والخصائص الاقتصادية، والاجتماعية، والعلاقات بالمجتمع، وتأثيرات العوامل الخارجية، والتركيبية السكانية.
- العمل على استثمار موارد البشرية والمادية في المجتمع المحلي بأفضل صورة ممكنة.

- دعم أعضاء المجتمع المحلي، وذلك يتطلب نقل المعرفة التأهيلية ومهارات التأهيل اللازمة للأنشطة التأهيلية إلى أعضاء المجتمع، وتوفير الإرشاد والتدريب والتأهيل وخدمات الإحالة.
- التعامل مع برامج التأهيل المجتمعي بوصفها برامج يمكن تطويرها وتفعيلها. فضلاً عن مشاركة الأفراد ذوي الإعاقة في الأنشطة كلها (Helandar, 1999).

وقد أكد شارما (Sharma, 2004) استخدام استراتيجيات التأهيل المجتمعي، التي تستند على مبادئ أساسية خمسة، تندرج في الآتي:

١- استخدام الموارد المتاحة والموجودة في المجتمع المحلي.

٢- إتاحة الفرصة لنقل المعارف والمهارات التأهيلية إلى الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم والمجتمعات المحلية.

٣- العمل على إشراك المجتمع المحلي في عمليات التخطيط، والتنفيذ، والتقييم، واتخاذ القرارات.

٤- السعي وراء التعاون مع مؤسسات وطنية؛ للإفادة من خدماتها التقييمية والتدريبية والإشرافية في عمليات التأهيل.

٥- الاعتماد في وضع السياسات الخاصة بالأفراد ذوي الإعاقة على لجان محلية ومؤسسات ذات علاقة. فضلاً عن الاستعانة بجهات مانحة لدعم برامج التأهيل.

فضلاً عن أن هناك مبادئ أساسية ومسلمات في عمليـة التأهيل المجتمعي، يجب أن تنطلق منها، وهي:

١- يجب أن تسير برامج التأهيل المجتمعي وتنظم وتدمج مع برامج ومشاريع الدولة السياسية، والاجتماعية، والاقتصادية ومشاريعها التنموية في المجالات: الصحية، والاجتماعية، والتربوية، والتدريبية، والزراعية، والصناعية، والتجارية، والإنتاجية، والتشغيلية، ...إلخ.

٢- يجب بدء التنفيذ لمشروع برنامج التأهيل المجتمعي في منطقة واحدة أو في بعض المناطق المختارة، وليس كبرنامج عام شامل لجميع البلد.

٣- يجب التنبه إلى دراسة المحتوى الاجتماعي، والثقافي، والاقتصادي، الذي سيتم تنفيذ برنامج التأهيل المجتمعي فيه؛ للتأكد من أنه سيتم تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة في محيط اجتماعي، وثقافي، واقتصادي آمن وملائم.

٤- الاعتماد على تقييم مراحل تنفيذ برامج التأهيل المجتمعي بعد عملية التخطيط لها في مراحلها المختلفة (التجريبية والتنفيذية)، وإبقائها تحت المراقبة والمراجعة، والإفادة مما تضمنته من دروس وعبر في تطويرها، وتحسينها، وزيادة فعاليتها.

٥- يجب استخدام برنامج التأهيل المجتمعي، وموارد المجتمع المحلي الموجودة والمتاحة على نحو أفضل.

٦- يختلف أي برنامج للتأهيل المجتمعي من بلد إلى آخر ومن مجتمع إلى آخر بحسب الحالة الاجتماعية والاقتصادية.

٧- السعي وراء ضمان مشاركة ورغبة المسؤولين والمجتمعات والأفراد ذوي الإعاقة في برامج التأهيل مشاركة فاعلة، وخلق الرغبة لديهم في إنجاح التأهيل المجتمعي (الزعمط، ١٩٩٣).

٨- اعتماد مبدأ التنسيق بين مختلف البرامج الحكومية والتطوعية والخاصة لتطبيق برنامج التأهيل المجتمعي عن طريق الجهود التنسيقية على مستوى المجتمع المحلي والمنطقة والمحافظة والدولة، مع أهمية تشكيل مجلس أعلى دائم بهدف التخطيط الوطني.

٩- الاعتماد على الأسلوب التكاملي (تكاملية الفرد وتكاملية الخدمات)؛ لتطبيق برامج التأهيل المجتمعي، حيث إن إجراءات التأهيل كلها تسعى إلى إشراك الفرد ذي الإعاقة في الحياة الاجتماعية، والاقتصادية، بوصفه عضوا في مجتمع قادر على العطاء. وبمعنى آخر التعامل مع الشخص ذي الإعاقة عن طريق تكوينه الشخصي (Allen, Spierel & Fiorito 1981).

برامج التأهيل في مراكز التأهيل المجتمعي وخدماتها في الأردن:

تعمل مراكز التأهيل المجتمعي ضمن ثلاثة مستويات للخدمات؛ أما أولها فيكون على مستوى المجتمع المحلي؛ لتنفيذ سياسات الاندماج المجتمعي لأفراده المنتفعين، وأما ثانيها فيكون من خلال العمل على مستوى سياسة المحافظات، ويهدف إلى تقديم الإحالة للأفراد المنتفعين منه؛ ونقل المعلومات إلى المجتمعات المحلية، وأما ثالثها فيكون على المستوى الوطني؛ إذ يبذل

فيه البلد المعني الدعم اللازم للأفراد ذوي الإعاقة على مختلف درجات الإعاقة وأشكالها، متمشيا مع سياسات العمل ضمن قوانينها وتشريعاتها الوطنية والعالمية (داود، ٢٠٠٦).

ويذكر الخطيب وآخرون (٢٠٠١) أن برنامج التأهيل المجتمعي يتضمن إجراءات متنوعة يصار إلى تنفيذه على المستوى المحلي أو الوطني؛ للإفادة من المصادر المتوافرة في المجتمع المحلي جميعها، واستخدامها لصالح الأفراد ذوي الإعاقة. علما أن للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم وجهات عديدة أخرى في المجتمع المحلي حق المشاركة في عمليات التأهيل المجتمعي.

ويؤكد ذلك الزعمط (٢٠٠٥) بقوله إن برامج التأهيل المجتمعي تقوم على تقديم الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة، وتوفيرها في مجتمعاتهم وبيئاتهم المحلية، باستخدام المواد والموارد المالية والبشرية المتوافرة في المجتمع المحلي والإفادة منها. كما تؤكد هذه البرامج مشاركة الأفراد ذوي الإعاقة أنفسهم وعائلاتهم ومجتمعاتهم في عملية التأهيل.

وتتمثل الخدمات التي تقدمها مراكز التأهيل المجتمعي، في ما يأتي:

- خدمات التأهيل الاجتماعي والنفسي والجسدي، التي تقدم للأطفال ذوي الإعاقة.
- تدعيم أسر الأطفال ذوي الإعاقة وتوجيها وإرشادها.
- تهيئة الطفل ذي الإعاقة للالتحاق بالمؤسسات التعليمية، والتدريبية، والتأهيلية.
- زيادة الوعي للإعاقة، وتثقيف المجتمع المحلي حول أسبابها وطرق الوقاية منها (وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والتدريب المهني، ١٩٩٩).

كما أضافت منظمة الأونروا أهم الخدمات التي يقدمها برنامج التأهيل المجتمعي في مراكز التأهيل المجتمعي، وهي:

- **برنامج التوعية والتدخل المبكر والوقاية المجتمعية:** ويأتي عن طريق القيام بالأنشطة المختلفة، التي تهدف إلى توعية أفراد المجتمع المحلي؛ لتغيير اتجاهاتهم نحو الأفراد ذوي الإعاقة والوقاية منها أو التدخل العلاجي المبكر، مثل: عقد المحاضرات، والندوات، وورش العمل.
- **برنامج الأنشطة الترفيهية وأنشطة الدمج المجتمعي:** ويهدف هذا البرنامج إلى إشغال وقت الفراغ للأفراد ذوي الإعاقة وإبعادهم عن الملل والروتينية في التدريب، من خلال المجال الترويحي، مثل: عقد مخيمات صيفية وشتوية بالتعاون مع مؤسسات المجتمع المحلي.

- **برنامج الخدمات المتخصصة النهارية** في أقسام الإعاقة العقلية، والإعاقة السمعية، متمثلة في التعليم والتدريب الأكاديمي، والمهارات الاستقلالية، والاعتماد على الذات؛ لتسهيل دمجهم في المجتمع المحلي من خلال تقديم الخدمات الفنية في مراكز التأهيل المجتمعي.

- **خدمات توفير الأجهزة المساعدة التأهيلية**، من كراسٍ متحركة، وعكازات، وسماعات، ونظارات طبية، وفرشات طبية، و...إلخ.

- **برنامج دمج الأطفال ذوي الإعاقة كليا وجزئيا** في التعليم بالرياض والمدارس العادية، والعمل على زيادة العدد المدموج بالتنسيق مع دائرة التعليم بوكالة الغوث والقطاعات الأخرى، وتوفير التسهيلات المطلوبة لدمجهم.

- **برنامج التعديل الهندسي للمنازل:** المسمى التعديلات البيئية، ويهدف إلى المساعدة على تطويع البيئة المحيطة للأفراد ذوي الإعاقة؛ لتسهيل دمجهم في منازلهم ومجتمعاتهم.

- **خدمات التحويل على المستويات المختلفة:** ويتم فيها تحويل الأفراد ذوي الإعاقة، الذين يحتاجون إلى خدمات تشخيصية أو تخصصية غير متوافرة لدى برنامج الأفراد ذوي الإعاقة، إلى مؤسسات ومراكز متخصصة من أجل تلبية احتياجاتهم.

- **برنامج التدريب والتأهيل المهني:** وهو من البرامج الجديدة الذي تبناها برنامج تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة مؤخرا، ويهدف إلى تدريب الأشخاص ذوي الإعاقة وتأهيلهم مهنيًا والعمل على تشغيلهم.

- **التدريب الفني والإداري** لكادر التأهيل والهيئات الإدارية في مراكز التأهيل المجتمعي.

- **برنامج وحدات التأهيل النطقي والعلاج الطبيعي والوظيفي في مراكز التأهيل المجتمعي:** وهي ما تعرف بالخدمات المساندة، حيث أسس البرنامج وحدات في مراكز التأهيل لمتابعة الأطفال الذين يعانون مشكلات نطقية ولغوية وإعاقات حركية.

- **خدمة تامين المواصلات:** وهو العمل على توفير خدمة توصيل الأفراد ذوي الإعاقة - المنتفعين من الخدمات - من منازلهم إلى مكان تقديم الخدمة، سواء في المركز التأهيلي أو خارجه، مع إرجاعهم إلى منازلهم.

- **برنامج التأهيل الأسري والزيارات المنزلية:** هو برنامج يهدف إلى تأهيل الأسرة الواحدة، ويعمل على تدريبها كيفية التعامل مع حالة الفرد ذوي الإعاقة والتكيف المجتمعي؛ وصولاً به إلى تحقيق الاستقلالية في شؤون الحياة اليومية.

- **برنامج العلاج الطبيعي والوظيفي:** هو أحد برامج الخدمات المساندة، يهدف إلى تقديم خدمة العلاج الطبيعي والوظيفي للأفراد المنتفعين داخل المركز وخارجه، يقدم على أيدي مختصين مؤهلين ذوو خبرة. حيث تقدم داخل غرف خاصة مجهزة بالأجهزة التأهيلية والعلاجية للعلاج الطبيعي والوظيفي في المركز.

تم استحداث بعضها عام ٢٠٠٨~٢٠٠٩م في مركز تأهيلي إربد، والطالبية، تظاهي الخدمة الموجودة في المستشفيات في أقسام العلاج التأهيل الطبيعي.

- **برنامج التدريب النطقي:** هو برنامج يقدم خدمة التدريب على النطق للفرد ذوي الإعاقة، ويعتبر من الخدمات المساندة، الذي يهدف إلى تحسين مخارج الحروف والكلام لدى الأفراد ذوي الإضطرابات النطقية في غرف خاصة ومجهزة لتلقي التدريب على يد مختص.

- **خدمات فحص السمع وصنع القوالب:** هي أحدى الخدمات المساندة، والتي تعمل على فحص السمع لدى الأفراد ذوي الإعاقة السمعية، وتصنع القوالب السمعية إذا لزم ذلك، وتقدم في غرف خاصة ومعددة للفحص، معزولة ومجهزة بإجهزة الفحص السمعي، وتم استحداث هذه الخدمة عام ٢٠٠٨~٢٠٠٩م في مراكز التأهيل المجتمعي: الطالبية، والوحدات، وماركا، والبقعة، وجرش، وإربد.

- **برنامج الأقراض الفردي** للأفراد ذوي الإعاقة وأفراد من المجتمع المحلي في بعض المراكز.

كما تنقسم الخدمات في مركز التأهيل المجتمعي إلى ثلاثة أقسام، تتمثل في الآتي:

يتم تلقي هذه الخدمة في المركز أو خارجه، ولا تنحصر الخدمة في فئة عمرية أو جنسية معينة، ويتمثل ذلك في الآتي:

أولاً : خدمات تقدم داخل المركز على نحو يومي (البرنامج النهاري) من خلال:

صفوف خاصة بطلبة من ذوي الإعاقة العقلية بفئاتها البسيطة والمتوسطة، وطلبة من ذوي الإعاقة العقلية الشديدة، أنشأتها وكالة الغوث، وأسهمت المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية في دعمها. ويشرف على كل صف معلمة مدربة تملك خبرة تأهيلية، ويتبع هذا القسم بمرجعيته الفنية إلى أخصائي للتربية الخاصة منتدب من المؤسسة السويدية. وقد بدأ تقديم هذه الخدمة في عام ١٩٩٢م، إلى أن تولت وكالة الغوث الدولية ولجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي

في عام ٢٠٠٥م، الإشراف على مراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات: البقعة، والوحدات، والطالبية، وحطين، والزرقاء، وسوف، وجرش، ثم أنيطت مهمة التنقل بينها لأخصائي يحمل درجة البكالوريوس في التربية الخاصة يتبع للبرنامج التأهيلي، كما يتبع لهذا البرنامج أخصائي منتدب من المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية يشرف فنيًا على مراكزي التأهيل المجتمعي إربد (مخيمي: الحصن، وإربد)، وعلى منطقة التأهيل المجتمعي الأغوار الشمالية (بلدة وقاص). أضف إلى ذلك وجود تعاون مع فريق المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية في الإشراف على صف الإعاقة الشديدة، الذي يضم فريق دعم من المؤسسة (أخصائية تربية خاصة وباحثة اجتماعية وممرضة وأخصائي علاج طبيعي). فضلاً عن تدريب الأفراد ذوي الإعاقة العقلية على القيام بمهارات الحياة اليومية، مثل: المحافظة على النظافة الشخصية، والاعتماد على النفس، وتعليمهم المهارات التواصلية، والمهارات الاجتماعية، والمهارات الأكاديمية، وتدريبهم على المهارات المهنية، والمهارات الإدراكية، والمهارات الحركية، والمهارات الترويحية، وغيرها.

صفوف خاصة بالطلبة الصم، والطلبة الذين يعانون صعوبات سمعية. ويشرف على كل صف معلمة مدربة ذات خبرة تأهيلية. وقد كانت مرجعية القسم فنيا تتبع حتى عام ٢٠٠٤م أخصائي منتدب من مؤسسة الأراضي المقدسة، ثم تم في عام ٢٠٠٥م تعيين أخصائيتين للسمع والنطق، تتبعان برنامج التأهيل المجتمعي، تتجول إحداهما بين مراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات: سوف، وجرش، والحصن، وإربد، ووقاص، بينما تتجول الأخرى بين مراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات: البقعة، والوحدات، والطالبية، وحطين، والزرقاء. وتنحصر مسؤولية هاتين الأخصائيتين في الأمور الفنية المتعلقة بمتابعة الطلبة وتطورهم، وتشرفان مع الإدارة على عملية انتقال هؤلاء الطلبة من مركز التأهيل المجتمعي إلى المدرسة، سواء ادمجهم دمجا كليا أو جزئيا. ويتم تدريب الطلبة الصم على التخاطب بلغة الإشارة واستعمال الأسلوب نفسه في تنفيذ البرنامج الأكاديمي، حيث يعد الطلبة للالتحاق بالمدارس أو رياض الأطفال.

صفوف خاصة بالطلبة التوحديين، الذين يتم تشخيصهم من قِبل مركز تشخيص الإعاقات، ويحولون إلى قسم خاص بالتوحديين يتبع مركز التأهيل المجتمعي مخيم الوحدات حصريا، ويقوم بالإشراف الفني على هذا القسم أخصائي للتربية الخاصة، يحمل مؤهلاً علميا لا يقل عن بكالوريس، ويشرف على الصف معلمة متطوعة ذات خبرة تأهيلية لا يقل مؤهلها العلمي عن الدبلوم في التربية الخاصة، ويخضع هذا القسم إلى برنامج تقييمي ومنهاج فردي خاص بالطلبة التوحديين يتضمن التدريب على المهارات التواصلية، ومهارة الانتباه، والمهارات

الحسية الحركية، والمهارات الاجتماعية، والعناية بالذات، ومهارات التقليد والمحاكاة، والمهارات الفنية، والمهارات المهنية، والمهارات الأكاديمية، وغيرها.

صفوف خاصة بالطلبة ذوي صعوبات التعلم: ويضم هذا القسم فئة الطلبة الملتحقين بالمركز بصورة نهارية وبدوام كلي، الذين تم تحويلهم من قسم الإعاقة العقلية البسيطة أو سجلوا للالتحاق بهذا القسم من خارج المركز التأهيلي، بينما تضم الفئة الثانية الطلبة ذوي الدوام الجزئي، المحولين من المدارس، أو الذين تم تخريجهم ويتبعون للتدريب المهني، الذين يخضعون لنظام الحصص أو الجلسات؛ بهدف استكمال تعليمهم المهارات الأكاديمية فقط. ويشرف على هذا القسم أخصائي التربية الخاصة المختص في الأمور الفنية والمؤهل علميا في التربية الخاصة بما لا يقل عن البكالوريوس، ويشرف على كل صف من هذه الصفوف معلمة متطوعة مؤهلها العلمي لا يقل عن دبلوم، وذات خبرة عملية في مجال تعليم الطلبة ذوي صعوبات التعلم. فضلاً عما تقدم، فإن طلبة هذه الصفوف يتلقون تعليمهم الأكاديمي في مجال القراءة، والكتابة، والمهارات الحسابية.

ثانيًا: خدمات تقدم داخل المركز حسب برنامج زمني محدد:

وتقدم هذه الخدمات المفتوحة بأجور رمزية للأعمار جميعها وللمراجعين كافة، أيا كان مكان سكناهم، وتتضمن:

- خدمات العلاج الطبيعي والوظيفي: يتم تنفيذ برامج متخصصة في العلاج الطبيعي والوظيفي باستخدام التمارين والأجهزة اللازمة والشاملة المتخصصة بالعلاج الفيزيائي بوساطة الماء والكهرباء. وحديثـًا تم، بين عامي ٢٠٠٨~٢٠٠٩م، إنشاء بعض الوحدات في مراكز التأهيل المجتمعي تضاهي غرف تأهيل المستشفيات. وتقدم مثل هذه الخدمات في المركز التأهيلي، وفي كثير من الأحيان يتم زيارة المنتفع في البيت لتشخيصه وإعطائه التمرينات العلاجية، وتدريب أحد أفراد أسرته على عمل التمرين اللازم. ويشرف على هذا القسم متطوعات من أصحاب الخبرة الطويلة في هذا المجال، وتتبع مرجعيته الفنية إلى أخصائي منتدب متخصص في العلاج الطبيعي والوظيفي، لا يقل مؤهله العلمي عن درجة البكالوريوس. وحتى عام ٢٠٠٤م كان يشرف على أقسام العلاج الطبيعي في مراكز التأهيل المجتمعي أخصائيان اثنان منتدبان من جمعية الحسين للتحديات الحركية، وبعد ذلك تم تعيين أخصائيين يتبعان برنامج التأهيل؛ أحدهما لمراكز تأهيل الشمال في مخيمات: سوف،

وجرش، والحصن، وإربد، ووقاص، والآخر لمناطق تأهيل عمان والزرقاء في مخيمات: البقعة، والوحدات، والطالبية، وحطين، والزرقاء.

- خدمة التدريبات النطقية وفحص السمع وصنع القوالب السمعية: إذ تُشخّص الحالات التي تحتاج إلى تعديل النطق، ثم يتم وضع برنامج وخطة لتعديل النطق وتصحيحه. علما أن هذه الخدمة غير محصورة في عمر معين. ويشرف على هذا القسم متطوعة مدربة جيدا لها خبرة في هذا المجال، تحمل دبلوم التربية الخاصة على الأقل. أما بالنسبة لفحص السمع، فهي خدمة ليست محصورة بعمر معين أيضا، ويتم إجراؤها في بعض مراكز التأهيل المجتمعي، التي تم فيها إنشاء غرف خاصة، وهي مراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات: الطالبية، والوحدات، وجرش، وحطين، وإربد. ويشرف فنيا على هذه الأقسام أخصائية فحص السمع. وفي عامي ٢٠٠٨~٢٠٠٩م، أنشئت في مراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات: البقعة، والطالبية، والوحدات، وجرش، غرف خاصة بصنع القوالب السمعية، وهي غرف مجهزة بالكامل لتصنيع قوالب الأذن وتركيب المعينات السمعية عليها.

- خدمات صيانة الأجهزة المساعدة وإعارتها، والإسهام النقدي في أثمانها: حيث يوجد في المركز قسم خاص بالكراسي المتحركة والعكازات، التي يتم إصلاحها أو إعارتها، ويشرف على هذا القسم أحد الأفراد المؤهلين لعمل الصيانات اللازمة. وينفرد مركز تأهيل البقعة في هذه الخدمة.

- خدمة تقييم القدرات المعرفية الأكاديمية: وتتبع قسما خاصا بتقييم الطلبة في مجال المهارات الأكاديمية، لتعرف مهارات القراءة والكتابة والمهارات الرياضية للحالات المشكوك في قدراتها التحصيلية، وهي ما يعرف بغرفة مصادر التعلم، التي تجهز بما أمكن من وسائل التقييم والتدريبات التربوية اللازمة لذاك الغرض، ويشرف عليها متطوع مختص في مجال تقييم المهارات التأهيل الأكاديمية، يحمل مؤهل بكالوريوس التربية الخاصة. علما أن مركزي التأهيل المجتمعي في مخيمي: الوحدات، والبقعة ينفردان دون سواهما من المراكز في اشتمالهما على هذه الغرفة، ولاحقـًا سيصار إلى إنشائها في مركز تأهيل الطالبية.

ثالثا: خدمات تأهيلية تقدم خارج المركز:

ولا يشترط في هذه الخدمة التأهيلية مكان أو زمان أو عمر محدد لمتلقيها، وتقدم من غير مقابل، ولشرائح المجتمع جميعها وتتمثل هذه الخدمات في ما يأتي:

خدمات الإرشاد الأسري، التي تتم من خلال الزيارات المنزلية والتأهيل المجتمعي، وتهدف إلى الوصول إلى عائلة ذوي الإعاقة والعمل على تدريب أحد أفراد الأسرة على كيفية التعامل مع الفرد ذي الإعاقة، ومساعدته على التغلب على الصعوبات التي تواجهه. علما أنه يتم من خلال تلك الزيارات تقديم خدمات عديدة أخرى، مثل:

- تقديم الأجهزة المساعدة للأشخاص الذين هم بحاجة إليها، سواء بإعارتها إليهم أو بإقتنائها الدائم من قِبلهم.
- توعية المجتمع، من خلال المحاضرات والنشرات، بالإعاقة وأسبابها وأنواعها وفئاتها ومستوياتها وطرق الوقاية منها.
- توعية المجتمع بمفهوم التربية الخاصة وفئاتها وخدماتها.
- توعية المجتمع بفلسفة التأهيل المجتمعي وأهميته في تقديم الخدمات الشمولية للأفراد ذوي الإعاقة.
- التحويل، وهذه من أهم الخدمات المقدمة، حيث يتم تحويل الحالات التي هي بحاجة إلى الجهات المتخصصة المعنية، وتتم متابعتها لاحقـًا.
- الإسهام في عمل التسهيلات والتعديلات البيئية اللازمة في منازل الأفراد ذوي الإعاقة.
- صفوف الدمج الجزئي الموجودة في مدارس وكالة الغوث. علما أن هؤلاء الطلبة هم أصلاً من طلبة المركز الذين أهلوا ودربوا، ومن ثم حولوا إلى مدارس وكالة الغوث والرياض الخاصة، ويقوم على تدريبهم متطوعات مؤهلات علميا ومدربات جيدا.
- متابعة الطلبة المدموجين دمجا كليـًا في مدارس وكالة الغوث، وهؤلاء الطلبة هم ذوو صعوبات التعلم أو الأطفال الذين يعانون إعاقات حركية. وتقوم بمتابعتهم في المدارس إحدى المتطوعات التي تمتلك خبرة طويلة في هذا المجال، ويشرف عليهم فنيا أخصائي التربية الخاصة، أو أخصائية السمع، أو أخصائي العلاج الطبيعي المتجول.

- التخطيط وتنفيذ المسح الميداني؛ للحصول على قاعدة بيانات شاملة تتعلق بالإعاقة، ولتعرف حجم السكان وحجم الإعاقة وأنواعها وفئاتها وأسباب ظهورها، والخصائص الاجتماعية والاقتصادية والصحية لأسر الأفراد ذوي الإعاقة.

الفئة المستهدفة في برنامج التأهيل المجتمعي:

تشتمل برنامج التأهيل المجتمعي على عناصر أو فئات من أفراد المجتمع؛ يستفيدون من تلقي خدمة التأهيل المجتمعي المقدمة في مراكز التأهيل المجتمعي، وهذه الفئات هي:

- الأشخاص جميعهم ذوو الإعاقات المختلفة: (الجسدية، والسمعية، والبصرية، والنطقية، والعقلية) داخل المخيمات والمناطق المجاورة.
- أهالي الأفراد ذوي الإعاقة.
- أعضاء من المجتمع المحلي.
- العاملون في مراكز التأهيل المجتمعي، والهيئات الإدارية.

اتجاهات التأهيل المجتمعي والتوجهات الحديثة:

ظهرت مدرستان إلى التأهيل المجتمعي، تنادي أولاهما ببذل التأهيل المجتمعي جهدا يجعل أعضاء الأسرة والمجتمع قادرين على أداء المهمات التأهيلية للشخص ذوي الإعاقة في بيئته ومجتمعه، وهذا الاتجاه يتضمن بعدا كليا عن الخدمات المؤسسية. أما ثانيهما، فيعد التأهيل المجتمعي وصولاً أو امتدادا لإيصال خدمات التأهيلي المتخصصة إلى أكبر عدد من الأفراد ذوي الإعاقة خاصة في الأرياف؛ من أجل تحويل حالات هي بحاجة إلى خدمات متقدمة متوافرة في مراكز التأهيل المجتمعي. وهذا الاتجاة يعتمد على المؤسسات ويعتبرها مراكز تحويل وقاعدة لتقديم الدعم الفني (الزعمط، ١٩٩٣م). فضلاً عن ذلك، فقد ظهر اتجاه يعتمد على الموسسة في بعض الخدمات، إضافة إلى خدمات ترتكز على المجتمع المحلي من خارج المؤسسة.

وفي هذا السياق، ذكر سالم (١٩٩٧) مجموعة من التوجهات الحديثة للعمل في مجال التأهيل المجتمعي، التي تتركز على الجوانب الآتية:

١- السعي وراء توفير برنامج للأفراد ذوي الإعاقة ضمن البرامج التأهيلية للأفراد غير المعاقين؛ بهدف دمجهم في التدريب والتأهيل الموجود في المجتمع المحلي.

٢- تحويل النظرة السائدة لمفهوم التأهيل المجتمعي الشمولي للفرد ذي الإعاقة، متوجهين بذلك من مبدأ المساواة وتكافؤ الفرص في التدريب والتشغيل والتأهيل.

٣- تحقيق العدالة الاجتماعية في تقرير المصير وحرية اتخاذ القرارات ذات الشأن للفرد ذي الإعاقة، سواء في تعليمهم أو تدريبهم أو تأهيلهم أو تشغيلهم، أو ... إلخ.

٤- العمل على تغير الاعتقادات الخطأ حول فشل الفرد ذي الإعاقة في مهارات الحياة، وعزو سبب ذلك إلى المؤثرات الخارجية، وعدم توفير التسهيلات اللازمة له.

٥- توجه مراكز التأهيل المجتمعي اهتماماتها للأفراد ذوي الإعاقات الشديدة والصعبة، وتقتصر في عملها عليهم، مركزة على تأهيلهم للمجتمع المحلي؛ كونهم أقل فئة تلقى الرعاية والاهتمام والتأهيل في المجتمعات.

الرؤية الشمولية لبرنامج التأهيل المجتمعي:

حتى تتضح رؤية مراكز التأهيل المجتمعي، فإنه لا بد أن تكون نابعة من العمل على إحداث تغيير في الواقع الاجتماعي للإعاقة من خلال تعزيز قدرات الأفراد ذوي الإعاقة، واستقلاليتهم، وتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص باستخدام المصادر المجتمعية، وتفعيلها، وإحداث تغيير في النظرة الاجتماعية للإعاقة؛ للوصول إلى تحقيق مبدأ الدمج الاجتماعي الشامل للأفراد ذوي الإعاقة في إطار مجتمعاتهم، ويتأتي ذلك من خلال رسم رؤية واضحة لمراكز التأهيل المجتمعي كما ذكرها (Helander, 1999؛ داود ٢٠٠٦)، المبينة على النحو الآتي:

١- الوصول إلى تحسين جودة الخدمات المقدمة للأفراد ذوي الإعاقة، ورفع مستوى الكفاءة لدى البرامج المختلفة.

٢- التأثير في السياسات الوطنية بما ييسر عملية الدمج، ويكفل حقوق ذوي الإعاقة، ويشكل دافعا للضغط من أجل وضع القوانين والتشريعات المقرة موضع التنفيذ.

٣- دعم منظمات الأفراد ذوي الإعاقة، والتعاون والتنسيق معها في المجالات كلها والأصعدة جميعها.

٤- تعزيز مستوى المشاركة المجتمعية في أنشطة البرنامج المختلفة، وتعميق مستوى اللامركزية في عمل البرنامج.

٥- تطوير نماذج تعاقدية مع الحكومة، تقوم الحكومة بموجبها بشراء الخدمات التأهيلية من البرنامج، مما يساعد على ضمان الاستمرارية والتغطية الأوسع.

٦- تطوير مؤشرات ملائمة للكفاءة والتأثير، مناسبة لواقع تطوير البرنامج وأهدافه.

٧- تحسين آليات التحويل إلى الخدمات على المستويين المتوسط والوطني، وآليات متابعة الحالات التي يتم تحويلها، وصولاً إلى تطوير نظام متكامل للتحويل على الصعيد الوطني.

٨- تنظيم وترسيخ أسس التدريب في مجال التأهيل المجتمعي، والمشاركة بنشاط في التدريب على الأصعدة الوطنية والإقليمية والدولية.

٩- تعزيز أنشطة التشبيك وتبادل الخبرات والموارد على المستويين؛ الإقليمي، والدولي.

١٠- ترسيخ العمل على المستوى المجتمعي، وبناء علاقات متينة مع المجتمعات المحلية.

١١- إقامة شبكة من صلات الدعم والتحويل مع المؤسسات على المستويين؛ المحلي، والوطني.

١٢- تكوين بنية داعمة من التدريب والخبرات التقنية المحلية.

١٣- مد شبكة متينة من العلاقات مع الأجهزة والمؤسسات الحكومية والأهلية العاملة في قطاع التأهيل والقطاعات الأخرى ذات الصلة.

١٤- التأثير في سياسات التأهيل على المستوى الوطني، ودعم بلورة السياسات والتشريعات التي ترعى حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وتتيح لهم أخذ مكانة لائقة في المجتمع.

١٥- إبراز هذا النموذج كي يحقق ويعزز مفهوم التأهيل في إطار المجتمع بين المؤسسات الحكومية والأهلية، سعيا نحو تبنّي هذا المفهوم كاستراتيجية وطنية للتعامل مع قضايا التأهيل والأفراد ذوي الإعاقة.

أدوات التدخل في برنامج التأهيل المجتمعي ووسائلها:

تعتمد إقامة أو تنفيذ المشاريع التنموية وغيرها على وجود أدوات خاصة حتى يصار إلى تحقيق الهدف والغاية من المشروع، كما يتطلب أن يسير العمل وفق وسائل تدخل مباشرة في برنامج التأهيل المجتمعي مستخدما إحدى أدوات التأهيل أو كلها، والمعتمدة أساسا على نجاح العمل التأهيلي أو إخفاقه، مما يتطلب التقيد بالوسائل والإجراءات الخاصة بأدوات التأهيل المجتمعي، وهي:

- العمل على تدريب وتأهيل الشخص ذي الإعاقة وأسرته من خلال الزيارة المنزلية.

- الوقاية من الإعاقة على المستويات جميعها.
- استخدام وتفعيل نظام التحويل والخدمات المختلفة في القطاعات كلها وعلى المستويات الثلاثة (المحلية، والإقليمية، والدولية).
- أنشطة مجتمعية توعوية تهدف إلى تعبئة المجتمع حول قضايا الإعاقة.
- أنشطة دامجة مجتمعيا، من مثل الرحلات، والمعسكرات، والزيارات، والمعارض.
- السعي وراء تطويع أعضاء المجتمع بأفراده ذوي المؤهلات العلمية المتدنية أو المتدربين الجامعيين وكليات المجتمع.
- زيادة التشارك المجتمعي –التشبيك محليا- بقطاعاته المتعددة جميعها، مثل: وزارة الصحة، والتربية والتعليم، والتنمية الاجتماعية، والتدريب المهني، والعمل.
- تبني فلسفة التأهيل المجتمعي المبني على التمكين المجتمعي، من خلال تطوير القدرات المحلية، وتفعيل المؤسسات المتواجدة في المجتمع المحلي من أجل العمل على تطوير البرامج التنموية ومواجهة التحديات التي يتعرض لها المجتمع المحلي.

أساس نجاح التأهيل في المجتمع المحلي والأساليب العامة لتطويره:

لا شك في أن عملية تحقيق نجاحات في التأهيل المجتمعي، واستغلال المتوافر والممكن تأمينه من المجتمع؛ بغية تحقيق الأهداف المنشودة لنجاح العمل، يلزم التقيد ببعض الأمور والأساليب التي تزيد من مسعى تحقيق الكثير من النجاحات لبرامج التأهيل المجتمعي، وسعيا وراء تطويره، ويلزم لذلك تأمين الأهداف الآتية وتحقيقها:

١- التزام المجتمع المحلى واستعداده وتفهمه لقضية الإعاقة.

٢- توفير الإمكانات والموارد المحلية ماليا وماديا ومعنويا.

٣- ضمان استمرار الدعم من الجهات الحكومية أو غير الحكومية.

٤- تعد مشاركة الأفراد ذوي الإعاقة أنفسهم وأسرهم في أنشطة التأهيل جميعها أمرا جوهريا.

٥- تشجيع المجتمعات المحلية ومساندتها؛ لتمكينها من النهوض بمسؤولياتها نحو أفرادها.

٦- تعزيز نظام الإحالة لأغراض التأهيل في مجالات الصحة، والتعليم، والتأهيل، والعمل على مستوى المراكز الإدارية المحلية وعلى المستوى الوطني.

٧- إنشاء نظام لإدارة البرامج وتقييمها بصورة مستمرة؛ بهدف ديمومتها وتطويرها (داؤد، ٢٠٠٦).

إن أحد أهم العناصر الأساسية في نجاح استراتيجيات التأهيل المجتمعي، هو مشاركة المجتمع المحلي ومنظمات الأفراد ذوي الإعاقة على حد سواء؛ إذ لا يمكن أن تعمل المنظمات والمجتمعات بمعزل عن الهيئات الدولية أو الوطنية أو المحلية من أجل ضمان تكافؤ الفرص أمام الأفراد ذوي الإعاقة. وتأتي هنا عملية الأدوار والمسؤوليات للعمل المشترك تمشيا مع سياسة موحدة هدفها تأمين الدعم للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مجتمعاتهم المحلية، ومستمدا ذلك من القوانين والتشريعات الدولية.

إذ أن هناك ضرورة إلى العمل المشترك بين مختلف القطاعات كافة، المعنيون في شؤون الإعاقة داخل أي مجتمع يحتضن التأهيل المجتمعي في بلده، وأكد على ذلك (WHO, 2006) في الورقة المشتركة بين المنظمات الثلاث (WHO, UNESCO & ILO) حول إعادة التأهيل في المجتمع المحلي، مؤكدين على أهمية مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في تخطيط وتنفيذ برامج إعادة التأهيل في المجتمع المحلي، وعلى زيادة التعاون بين القطاعات التي تقدم خدمات يستفيد منها الأفراد ذوي الإعاقة وعلى الحاجة إلى الدعم من جانب الحكومة، وكذلك الحاجة إلى سياسات وطنية بشأن إعادة التأهيل في المجتمع.

أسس ديمومة برنامج التأهيل المجتمعي:

تسعى البشرية جمعاء دائما إلى تحقيق مكاسب في أمور حياتها كلها، وتسير البرامج مهما صغرت أو كبرت نحو تحقيق الاستمرارية في شؤونها الإدارية أو الفنية، التي تزيد من مصادر الثبات والاتزان وعدم التأرجح والسقوط، وستؤدي بدورها إلى الإخفاق والفشل. ومن هنا فإنه لا بد من اعتماد أسس لديمومة العمل التأهيلي، والنهج بطريقة واضحة ومنهجية ثابتة، تهدف إلى الاستمرار وتحقيق المزيد من التقدم في خدمة الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم والمجتمع المحلي. وعليه، فإن هناك ثمة أسس يجب الالتزام بها في برامج التأهيل المجتمعي؛ بغية تحقيق الديمومة والاستمرار، ومنها:

١- اعتماد مجموعة الخدمات والأنشطة وإعطاؤها حقها في المشروع، وهي:

أ- مجموعة الخدمات التأهيلية، والاتصال المباشر مع الشخص ذي الإعاقة وأسرته، والزيارات المنزلية.

ب- مجموعة من الأنشطة المساندة.

ج- إشراك الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في اتخاذ القرارات.

د- تكوين لجنة إدارة محلية متعددة التخصص.

ه- الحصول على أكبر قدر أكبر من الدعم والـتأييد من الإدارة الرسمية والمحلية ومن الأشخاص المؤثرين (مفاتيح المجتمع).

و- اعتماد آلية تدريب مناسبة، وإدارة كفؤة.

ز- نقل تقنيات التأهيل الفنية للمجتمع بطرق مبسطة.

ح- تحريك الموارد الكامنة في المجتمع والإفادة منها.

٢- ضرورة تحريك البنية التحتية الرسمية، والإفادة منها، والاعتماد عليها، مثل: المدارس، والمراكز الصحية.

٣- العمل من خلال مشاريع التنمية الشاملة.

٤- إحساس أفراد المجتمع المحلي، وخاصة أصحاب المشكلة، بمشكلتهم، وشعورهم بأنهم يعملون لأنفسهم من خلال إسهامهم في تقديم الحل وتنفيذه (الأونروا، ٢٠٠٧).

وتشتمل العناصر المشتركة في ما بينها؛ لاستدامة برامج التأهيل المجتمعي في المجتمعات، على ما يأتي:

- الدعم على المستوى الوطني من خلال السياسات والتنسيق وتخصيص الموارد.
- الاعتراف بضرورة اعتماد برامج إعادة التأهيل في المجتمع على نهج التمتع بحقوق الإنسان.
- استعداد المجتمع المحلي لتلبية حاجات الأفراد من ذوي الإعاقة.
- توفير عاملين اجتماعيين لديهم رغبة في العمل التطوعي.

لتحقق ديمومة برامج التأهيل المجتمعي، يلزم التنسيق والتخطيط على الأصعدة كلها والقطاعات جميعها؛ المحلية والوسطي والوطنية، ويتأتي ذلك بتحديد الأدوار والمسؤوليات خلال تلك الأصعدة، وعلى النحو الآتي:

١- **الصعيد الوطني:** يقع على مسؤوليته صياغة السياسات وسن التشريعات من أجل التأهيل المجتمعي بأفراده من ذوي الإعاقة، وتحقيق الفرص، وتوفير الاندماج الاجتماعي والاقتصادي لهم، كما يعد التنسيق وتخصيص الموارد الكافية من العناصر المهمة في استمرارية برامج التأهيل المجتمعي، ويتمثل ذلك في المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين في الأردن، المكلف تنسيق الدعم والجهود بين الوزارات الوطنية المعنية وغير المعنية بشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة؛ من أجل المحافظة على الحقوق الإنسانية للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم.

٢- **الصعيد الوسيط (المحافظات):** تقع على مسؤولية أفراده الإداريين تنفيذ البرنامج ورصده، وتوفير الدعم لتدريب العاملين المجتمعيين، وإقامة الصلات بين مختلف اللجان المجتمعية، والتنسيق بين المجتمعات والموارد الأخرى.

٣- **الصعيد المحلي:** حيث يعد المجتمع المحلي بأفراد مالك هذا البرنامج، فهو ممثل ذلك المجتمع في مراحله المختلفة من التخطيط إلى التنفيذ، ومن ثم التقييم. لذا، فإن هذا المجتمع مسؤول عن الاستجابة إلى الاحتياجات التي يحددها الأفراد ذوو الإعاقة وممثليهم في ذلك المجتمع؛ لتوفير الدعم المادي والمعنوي اللازمين لتلبية هذه الاحتياجات (الأونروا، ٢٠٠٤).

التطلعات المستقبلية لبرامج التأهيل المجتمعي:

حتى يسير برنامج التأهيل المجتمعي في سياسته، التي وضع أهدافه وفلسفته ومبادئه بناء عليها، يجب أن يمتلك نظرة مستقبلية يضمن معها تحقيق نجاح البرنامج وديمومته. وتمشيا مع ذلك، فإن هناك بعض الإجراءات التي تسير جنبا إلى جنب مع كل هدف يتحقق، ومنها:

- استمرارية برنامج التأهيل المجتمعي، وتوسيعه من خلال استراتيجيات واضحة، وتطوير الخدمات التأهيلية المقدمة.
- تطوير قاعدة البيانات حول البرنامج التأهيلي وخدماته وعناصره ومنتفعيه.
- تطوير المشاريع المدرة للدخل، والمنفذة على أرض الواقع.
- عمل مسوحات جديدة؛ لتحديد حجم الأفراد ذوي الإعاقة في المخيمات.

- الوصول بالخدمة إلى أكبر عدد ممكن من الأفراد ذوي الإعاقة.
- رفع كفاءة الكوادر العاملة من خلال التدريب المستمر؛ بهدف تقديم خدمات ذات جودة.
- تفعيل دور المجتمع المحلي على نحوٍ أكبر، ويتأتي ذلك من خلال إشراكهم في برامج تأهيل الأفراد ذوي الإعاقة، وتوليهم مسؤوليات هم قادرون عليها.
- إصدار أدبيات خاصة ببرنامج التأهيل، من مثل: إنشاء موقع إلكتروني، ومجلات فصلية، ونشرات خاصة بأعمال التأهيل المجتمعي على المستويين؛ المحلي والدولي (الأونروا، ٢٠٠٤).

اقترح ستاين مان (Stineman, 2002) ثلاثة مبادئ توجيهية للإبلاغ عن تقييمات التأهيل المجتمعي في المستقبل وهي:

١. السعي إلى تحقيق تكافؤ الفرص، ودعم حقوق الإنسان.

٢. ضمان ملاءمة البرنامج للأنشطة المحلية والثقافة، وأولوياتها والظروف والاحتياجات.

٣. تحقيق اتباع نهج متعدد من خلال التعاون بين مختلف الوكالات الدولية والقطاعات الحكومية وغير الحكومية والمجموعات والشركاء.

التحديات الرئيسة التي تواجه برنامج التأهيل المجتمعي:

لا بد أن يواجه برامج التأهيل المجتمعي بعض العقبات المتعلقة بتحقيق أهدافه الآنية وتطلعاته المستقبلية، ومن هذه العقبات ما يتم التعامل معه كأزمة بسيطة، يصار إلى التعامل معها بكل سهولة ويسر، ومنها ما يقف حجر عثرة في تقدم برامج التأهيل المجتمعي. وأيا كان حجم المشكلة أو درجة الصعوبة، فإنه لا بد من التغلب عليها وتجاوزها. ومن أمثلة هذه المشكلات وتلك الصعوبات والعقبات التي حددتها الأونروا (٢٠٠٤)، متمثلة في:

- تدنّي الوضع الاقتصادي لأسر الأفراد ذوي الإعاقة.
- ضعف وعي الأفراد ذوي الإعاقة والمجتمع – عموما - بحقوقهم.
- الاتجاهات السلبية نحو الأفراد ذوي الإعاقة.
- قلة وعي الأهالي بخدمات العلاج والمتابعة، وخاصة تلك التي تساعد الأفراد ذوي الإعاقة على دمجهم في الأسرة والمجتمع.
- الصعوبات الهندسية في البيئة المحيطة.

- التزايد في أعداد اللاجئين من الأفراد ذوي الإعاقة، مما جعل الإعاقات مختلفة ومتعددة، وشكل حاجة كبيرة لخدمات التأهيل، وضغطـًا على برنامجه الحالي.
- محدودية توافر أخصائيين في مجالات التأهيل، والتربية الخاصة، والتأهيل النطقي والوظيفي.
- ضعف مشاركة الأفراد ذوي الإعاقة داخل المخيمات في اتخاذ القرارات المتعلقة بقضاياهم، بصفتهم الفئة الأكثر علما باحتياجاتهم.
- نقص الدراسات حول نسبة ظهور الإعاقة، التي تفيد عملية التخطيط للبرنامج.
- غياب آلية تطبيق سياسة الوكالة المتعلقة بالأفراد ذوي الإعاقة.
- قلة الدعم المتوافر من الجهات الداعمة، أو وجود مصادر تمويل ثابتة لتطوير الخدمات والبرامج التي تقدمها مراكز التأهيل في المخيمات، مما يؤثر في الأفراد ذوي الإعاقة المستفيدين من هذه الخدمات.
- محدودية تمثيل المرأة اللاجئة ذات الإعاقة في الهيئات الإدارية لمراكز التأهيل المجتمعي.
- غياب آلية واضحة ومعايير دقيقة لتطبيق القانون الخاص بالأفراد ذوي الإعاقة.

مراكز تأهيل المجتمع المحلي في مخيمات الفلسطينيين في الأردن:

أسهمت وكالة الغوث الدولية في تطبيق برامج التأهيل المجتمعي ونشرها على نحوٍ فعال؛ إذ بدأت بتطبيق برنامج التأهيل المجتمعي عام ١٩٨٢م في منطقة عمليات وكالة الغوث الدولية في الأردن، وتوسعت التجربة لاحقـًا إلى بقية مناطق عمليات وكالة الغوث الدولية (غزة، والضفة الغربية، وسوريا، ولبنان)، وقد أقيمت على أراضي المملكة الأردنية الهاشمية عشرة مراكز للتأهيل المجتمعي في محافظاتها المختلفة، وهي مناطق تجمعات اللاجئين الفلسطينيين – المخيمات -، شيدت أربعة منها على الضفة الشرقية لنهر الأردن بعد حرب عام ١٩٤٨م، أما الستة الأخرى فشيدت بعد حرب ١٩٦٧م. وهناك ثلاثة أحياء في عمان والزرقاء ومأدبا تعتبرها حكومة المملكة الأردنية مخيمات، بينما تعتبرها الأونروا مخيمات "غير رسمية". ويعيش سكان المخيمات العشرة والمخيمات الثلاثة غير الرسمية واللاجئون المقيمون بالقرب من المخيمات تحت ظروف اجتماعية واقتصادية مشابهة، ويشكلون معا حوالي ٦٥% من لاجئي فلسطين في الأردن (الأونروا، ٢٠٠٩).

وعليه، فقد ذكرت سجلات الأونروا (٢٠٠٧) أن المخيمات الفلسطينية تعاني مشكلات الازدحام السكاني؛ بسبب الاكتظاظ. فعلى سبيل المثال، يعيش في مخيم الوحدات في العاصمة عمان حوالي (55) ألف نسمة في مساحة لا تكاد تصل إلى نصف كيلو متر مربع، وفي مخيم البقعة في محافظة البلقاء يعيش (١١٠) آلاف نسمة في مساحة تزيد قليلاً على١,٢٥ كيلو متر مربع، وفي محافظة إربد يعيش حوالي (٢٢) ألف نسمة في مساحة لا تكاد تصل إلى ربع كيلو متر مربع. وكما هو موضح في الجدول (١) في ما يتعلق بإجمالي عدد اللاجئين المسجلين في قوائم وكالة الغوث/ الأردن، وبالنظر إلى قضية الزيادة السكانية نتيجة للأوضاع الاقتصادية المتردية في تلك المخيمات؛ فقد مهدت الطريق لإقامة مراكز التأهيل المجتمعي في تلك المناطق خدمة لأفرادها من ذوي الإعاقة ولأسرهم.

الجدول (١)

إجمالي عدد اللاجئين المسجلين في قوائم وكالة الغوث/ الأردن عام ٢٠٠٨م

الموقع	عدد اللاجئون الرسميون المسجلون		
المنطقة التأهيلية	الأسر	الأفراد	الأطفال
إجمالي منطقة تأهيل جنوب عمان(الوحدات، والطالبية)	١١,٢٣٩	٥٧,٩٣٥	٧١٧
إجمالي منطقة تأهيل شمال عمان(مخيم البقعة)	٢٤,١١٠	١٢٢,٦٢١	١,٨٣٥
إجمالي منطقة تأهيل الزرقاء (حطين، والزرقاء)	١٢,٦٧٤	٦٣,٧٠٧	١,٠٨٦
إجمالي منطقة تأهيل إربد (الحصن، وإربد)	٩,٧١٦	٤٧,١٩٥	٨٨١
إجمالي منطقة تأهيل جرش (غزة، وسوف)	٨,٨٤٨	٤٣,٧٨٩	٩٠٣
إجمالي المناطق التأهيلية	٦٦,٥٨٧	٣٣٥,٣٠٧	٥,٤٤٩

بالرغم من أن عدد الأفراد ذوي الإعاقة في العالم يبلغ حاليا حوالي ٥٠٠ مليون شخص، يعيش ما نسبته ٨٠% منهم في المناطق الريفية في الدول النامية وفقـًا لإحصائيات هيئة الأمم المتحدة، فإن لمشكلة الأفراد ذوي الإعاقة في المجتمعات الفلسطينية خصوصية مهمة جدا؛ نظرا للظروف الاستثنائية التي يمر بها الشعب الفلسطيني؛ إذ تعد نسبة الأفراد ذوي الإعاقة من أعلى النسب في العالم، وتتراوح - حسب تقرير وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية المؤرخ في ٢٠٠٤/٥/٨م- ما بين (٢,٥%- ٤%).

أما في الأردن، فقد بلغت نسبة الأفراد ذوي الإعاقة حوالي ٥ر١% وفقـًا لتقرير التنمية البشرية الخاص بالأردن لعام ٢٠٠٤م، والصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. وأما بالنسبة للأفراد الفلسطينيين من ذوي الإعاقة، فقد أجرت وكالة الغوث الدولية، في مخيمي جرش والزرقاء في عام ١٩٩٨~ ١٩٩٩م، دراسة مسحية شاملة، بينت أن نسبة الأفراد ذوي الإعاقة في مخيم جرش بلغت ٦ر٢ %، بينما بلغت في مخيم الزرقاء ٤ر٥ %.

ومع ازدياد متطلبات العمل داخل مراكز التأهيل المجتمعي من حيث التنسيق والتنظيم بين لجان المراكز المحلية وإداراتها المحلية وكوادرها المتطوعة، ومع ازدياد الأفراد المنتفعين من خدماتها وتطور هذه الخدمات كيفـًا وكما، كان لا بد من تطور الهياكل التنظيمية وتطبيق آليات عمل جديدة تواكب هذا التطور. لذا، انبثقت من اللجان المحلية لجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين الفلسطينيين في الأردن، حيث تمثل كل لجنة محلية من اللجان العشرة برئيسها وعضو ثانٍ ينتخبه زملاؤه في اللجنة المحلية، وبذلك يكون عدد أعضاء لجنة التنسيق العليا (٢٠) عضوا. ينتخبون من بينهم رئيسا ونائبا للرئيس وأمينـًا للصندوق، كما هو الحال بالنسبة للجان المحلية العشرة. وتسهم لجنة التنسيق العليا في رسم السياسة العامة للبرامج، والتخطيط لها بإشراف وكالة الغوث الدولية.

من ثم تطورت برامج التأهيل المجتمعي في مراكزها العشرة في الأردن، وذلك بقيام لجنة التنسيق العليا، بالتعاون مع وكالة الغوث الدولية، بإصدار نظام داخلي للجان المحلية والعمل المجتمعي واعتماده في المراكز التأهيلية، حيث حددت الأدوار والمسؤوليات للمتطوعين في البرامج من عاملي وعاملات التأهيل المتطوعات، وكذلك مديري المركز وأعضاء اللجنة المحلية، إضافة للأخصائيين الفنيين الذين يتبعون وكالة الغوث الدولية ولجنة التنسيق العليا لتلك المراكز العشرة، وبعض الأخصائيين المنتدبين من المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية؛ فالأخصائيون معنيون بتقديم الخبرات الفنية للعمل مع الأطفال ذوي الإعاقة، وتزويد المتطوعين والمتطوعات العاملات في مراكز تأهيل المجتمع النهارية بالكفاءة والخبرة الفنية.

ويقوم على خدمة الأفراد ذوي الإعاقة مجموعة من المتطوعين والمتطوعات (Volunteers) يتقاضون مكافآت بسيطة، وفريق من الأخصائيين (أخصائيين لذوي الإعاقة العقلية، وأخصائيين للمعالجات الوظيفية والطبيعية، وأخصائيين لذوي الإعاقة السمعية، وأخصائيين للقياس السمعي، وأخصائيين للاضطرابات الكلامية واللغوية)، وبإشراف من وكالة الغوث الدولية في الأردن، ولجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي للأشخاص ذوي

الإعاقة، وبدعم مجتمعي محلي من وزارة التنمية الاجتماعية، ووزارة الصحة، ووزارة التربية والتعليم، والمجلس الأعلى للأشخاص ذوي الإعاقة، ودعم آخر دولي من مؤسسة دياكونيا- ناد السويدية، ومنظمة الاتحاد الأوروبي، وجمعية أوكسفام البريطانية، والمؤسسة السويدية للإغاثة الفردية. ويستفيد من خدمات التأهيل في مراكز التأهيل المجتمعي ذوو الإعاقات: العقلية، والسمعية، والحركية والصحية، والاضطرابات النطقية واللغوية، والتوحد، والاضطرابات السلوكية والانفعالية، وصعوبات التعلم، ومتعددو الإعاقات).

الهيكل التنظيمي لبرامج التأهيل المجتمعي في وكالة الغوث الدولية في الأردن:

تعد منظمة وكالة الغوث الدولية/ لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى، ممثلة ببرنامج الإغاثة والخدمات الاجتماعية المظلة القانونية لمراكز التأهيل المجتمعي العشرة في الأردن، حيث تم تمكين وبناء الإطار المؤسسي والتنظيمي لبرنامج التأهيل المجتمعي بإنشاء لجنة التنسيق العليا لبرامج التأهيل المجتمعي عام ١٩٩٧م، التي يتكون هيكلها التنظيمي – كما سلف- من عضوين من كل لجنه محلية، يشكلون معا رئيسا للجنة، ونائبا للرئيس، وأمينـًا للسر، وأمينـًا للصندوق، وأعضاء. وتسهم هذه اللجنة مع وكالة الغوث في رسم السياسات العامة لبرنامج التأهيل المجتمعي. وقد تم تشكيل لجان محلية تطوعية من المجتمع المحلي تضم الواحدة منها من (٧–١١) شخصا، يتكون هيكلها التنظيمي من رئيس، ونائب للرئيس، وأمين للسر، وأمين للصندوق، وأمين للمستودع، وأعضاء. تم تعيينهم من قِبل وكالة الغوث ولجنة التنسيق العليا والمجتمع المحلي، ويبلغ عدد أعضاء اللجان المحلية ما يقارب (٨٠) عضوا، موزعين على مراكز التأهيل العشرة للمجتمع المحلي، التي تقدم الخدمات فيها عاملات متطوعات، يبلغ عددهن ما يقارب (١٥٠) عاملةً، كما هو موضحا في الجدول (٢). علما أن القسم الأكبر منهن مؤهلات ويحملن شهادات علمية تبدأ من التوجيهي والدبلوم والشهادة الجامعية، وبتخصصات مختلفة، كما هو موضح في الجدول أدناه. كما يقوم بالإشراف فنيا على البرنامج فريق أخصائيين مكون من (٨) أشخاص، منهم ستة يتبعون وكالة الغوث ولجنة التنسيق، واثنان يتبعان المؤسسة السويدية.

الجدول(٢)

سنة تأسيس وأعداد اللجنة المحلية والمتطوعين/ات لمراكز التأهيل المجتمعي لعام ٢٠٠٨م

المركز	ترتيب المركز	سنة التأسيس	عدد أعضاء اللجنة	عدد المتطوعات والمتطوعين
مركزسوف	الأول	١٩٨٢	٧	١٣
مركزجرش	الثاني	١٩٨٥	٩	١٥
مركزالحصن	الثالث	١٩٨٧	٧	١٥
مركز البقعة	الرابع	١٩٨٨م	٩	٢١
مركزوقاص	الخامس	١٩٩٠م	٧	١٥
مركزالطالبية	السادس	١٩٩٤م	٧	١٣
مركز ماركا	السابع	١٩٩٤م	٧	١٥
مركز إربد	الثامن	١٩٩٤م	٧	١٥
مركزالوحدات	التاسع	١٩٩٦م	٧	١٤
مركز الزرقاء	العاشر	١٩٩٩م	٧	٤
المجموع			٨٤ عضوا	١٣٨ متطوع/ة

الدستور الداخلي لمراكز التأهيل المجتمعي:

سنّت وكالة الغوث الدولية ولجنة التنسيق العليل لمراكز التأهيل المجتمعي نظاما داخليا لبرنامج التأهيل المجتمعي؛ كي تحتكم إليه مراكز التأهيل المجتمعية، حيث صدر في عام ٢٠٠٠م نظام داخلي، واعتمد في مراكز التأهيل المجتمعي، ولاحقـًا أضيفت إليه بعض البنود والتعليمات، وعدات أخرى؛ ليصدر بصورته النهائية عام ٢٠٠٩م. وقد نص هذا النظام على التعريف بالتأسيس، ومهام العاملين وواجباتهم في مراكز التأهيل، وتحديدا في المخيمات الفلسطينية، تأسيس برنامج التأهيل في مراكز التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة في المملكة الأردنية الهاشمية منذ عام ١٩٨٢م، كما هو موضح في الجدول (٢).

وفي ما يخص لجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي، التي تأسست عام ١٩٩٧م، فهي شخصية اعتبارية، وتتمتع بجميع الحقوق والواجبات المنصوص عليها في القانون، بما فيها حق التملك والتقاضي، وتقوم بتمثيل اللجان المحلية لمراكز التأهيل العشرة على الأصعدة كلها والمستويات جميعها، وتسهم مع وكالة الغوث في وضع السياسات العامة للبرنامج، والمتابعة والتقييم الفني والإداري والمالي، فضلاً عن قيامها بالمهام والواجبات المناطة بها. كما تمثل وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين- الأردن، المظلة القانونية والمرجعية الفنية والإدارية والمالية للجنة التنسيق العليا واللجان المحلية لمراكز التأهيل المجتمعي؛ حيث إن برنامج التأهيل المجتمعي هو أحد البرامج الرئيسة لوكالة الغوث، تماما كبرامجي الصحة والتعليم وغيرهما.

أ- مهام وواجبات لجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي:

تقدم لجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي خدماتها لتأهيل الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم وأفراد المجتمع المحلي في مخيمات الفلسطينيين والمناطق المحيطة بها حسب فلسفة التأهيل المجتمعي، وذلك بالتعاون والتنسيق الكامل مع برنامج الإعاقة التابع لوكالة الغوث الدولية. ويقع على عاتقها العمل على تلبية احتياجات المجتمع المحلي في إطار السياسات العامة للبرامج المجتمعية وضمن الإمكانات المتاحة. ولتحقيق ذلك، فهي تقوم بما هو آت:

- الإسهام في وضع الخطط والبرامج الإنتاجية والتدريبية والدراسات الميدانية والبحوث العلمية.
- حضور اللقاءات والاجتماعات المحلية والعربية والدولية.
- عقد الندوات والمحاضرات والأنشطة التثقيفية؛ لتوعية المجتمع المحلي.
- تنظيم وإقامة المخيمات الصيفية والشتوية المحلية والخارجية، وتبادل الخبرات بين برامج التأهيل المجتمعي، على الصعيدين المحلي والدولي، وبالتنسيق مع برنامج الإغاثة.
- تولي مسؤولية تشكيل اللجان المحلية الجديدة، أو إضافة الأعضاء الجدد بالتنسيق مع برنامج الإغاثة، والعمل على حل المشكلات التي تواجهها. إضافة لتعيين فريق أخصائيين مؤهلين للعمل في المراكز.
- إعداد التقارير الإدارية والفنية والمالية وتقديمها إلى برنامج الإغاثة، وتنسيق العمل بين مراكز التأهيل المجتمعي من جهة ووكالة الغوث من جهة أخرى.

- ضمان حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وبناء اتجاهات إيجابية في المجتمع المحلي نحوهم.
- إعداد نماذج إدارية وفنية ومالية موحدة.
- اتخاذ الإجراءات اللازمة التي تضمن تطبيق النظام الداخلي.

ب- الأهداف العامة للجان المحلية لمراكز التأهيل المجتمعي:

يتمثل العمل في برنامج التأهيل المجتمعي من خلال تحقيق اللجان المحلية للأهداف الآتية:

- تعزيز اتجاهات الدمج الاجتماعي للأفراد ذوي الإعاقة، من خلال العمل على دمجهم في المؤسسات التعليمية وأماكن العمل والمجتمع المحلي.
- تغيير نظرة المجتمع تجاه الأفراد ذوي الإعاقة، من خلال نشر الوعي.
- تطوير نظام الوقاية والكشف المبكر عن الأفراد ذوي الإعاقة، وتشخيصهم.
- اتخاذ ما يلزم من إجراءات لتنفيذ وتحقيق أهداف اللجنة المحلية بالتعاون مع لجنة التنسيق العليا وبرنامج الإغاثة في وكالة الغوث.
- تطوير الكوادر البشرية، ووضع برامج التدريب اللازمة للتأهيل.
- تطوير العمل خارج نطاق المركز، وتفعيل برامج الإرشاد الأسري، مع تدريب مدربين من داخل الأسر.
- توطيد العلاقة بين الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم والمجتمع المحلي.

ج- مهام وواجبات اللجنة المحلية لمراكز تأهيل المجتمع المحلي:

حدد لجنة التنسيق العليا (٢٠٠٩) في نظامها الداخلي لبرامج التأهيل المجتمعي مهام وأدوار اللجنة المحلية لمراكز التأهيل المجتمعي، على الآتي:

١- رسم السياسات العامة، والإسهام في إعداد الخطط والبرامج المجتمعية، والإشراف على النشاطات الداخلية والخارجية ومتابعتها مع مدير/ة المركز أو من ينوب.

٢- اختيار مدير/ة المركز بالتعاون مع لجنة التنسيق، وبرنامج الإغاثة والخدمات الاجتماعية وحسب الأسس المتبعة، واختيار المتطوعين والمتطوعات أو فصلهم وفقـًا لأحكام العقوبات.

٣- حلّ المشكلات التي تقع في المركز، واتخاذ القرارات المناسبة بخصوصها. وإذا تعذر عليهم ذلك، فإن عليهم أعلام لجنة التنسيق وبرنامج الإغاثة.

٤- إعداد التقارير الشهرية الإدارية والفنية، والموازنة السنوية المالية، على أن تتضمن عرضا ماليا شاملاً لأوضاع المركز، والمشاريع الإنتاجية، ونشاطات اللجنة وفعالياتها، ومشاركاتها المحلية والخارجية.

٥- توفير الأجهزة المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة، والإسهام في التعديلات البيئية للمساكن والمرافق العامة.

٦- تقديم المساعدة والمشورة النفسية والاجتماعية للأفراد ذوي الإعاقة وذويهم.

٧- القيام بأنشطة ترفيهية واجتماعية وتعليمية ومهنية للأفراد ذوي الإعاقة.

٨- تنظيم السجلات، والدفاتر المالية والإدارية المطلوبة للجنة تحديث المعلومات.

٩- عقد الدورات والمحاضرات التثقيفية والأنشطة المختلفة؛ لتوعية المجتمع وتفعيل دوره.

د- عناصر برنامج التأهيل المجتمعي:

تقع على العاملين في مجال التأهيل المجتمعي مسؤولية القيام بالعمليات والأنشطة الهادفة جميعها، التي تحقق مبدأ تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة من خلال الإفادة من مصادر المجتمع، والمشاركة الفعالة لأفراد المجتمع ومنظماته الرسمية وغير الرسمية، ونشر الوعي والمسؤولية الاجتماعية تجاه قضية الأفراد ذوي الإعاقة، والوقاية منها. ومن هنا يمكن تصنيف العاملين في التأهيل المجتمعي إلى الفئات الثلاث الآتية:

- **الفئة الأولى:** منظمات أو رؤساء البرنامج (المديرون والخبراء)، الذين يلزم حصولهم على مؤهل البكالوريوس مضاف إليه للخبرة.
- **الفئة الثانية:** اللجان والهيئات المجتمعية (المشرفون والمختصون)، الذين ينبغي حصولهم على مؤهل البكالوريوس كحد أدنى.
- **الفئة الثالثة:** العاملون الميدانيون (المتطوعين والمتطوعات)، الذين يجب حصولهم على مؤهل دبلوم كحد أدنى (Mitchell, 1999).

هـ - مهام العاملين على التأهيل المجتمعي:

سنت لجنة التنسيق العليا في نظامها الداخلي (٢٠٠٩) لمراكز تأهيل المجتمع المحلي على عنصر مهام العاملين فيها، وتكمن مهام العاملين في التأهيل المجتمعي، تبعا للوصف الوظيفي لكل عامل، حسب الآتي:

أولاً: المهام والواجبات المتوقعة من المديرين والخبراء:

- الإشراف العام على برامج التأهيل المجتمعي والتوجيه والتقييم.
- رسم الاستراتيجيات والسياسات الهادفة إلى إدماج الأفراد ذوي الإعاقة وتمكينهم.
- التخطيط لبرامج تدريب الكوادر.
- تطوير الأداء والمناهج لاستخدامها في المواقع المحلية.
- توفير الدعم المعنوي لبرامج التأهيل المجتمعي.
- إجراء البحوث والدراسات العلمية الميدانية.

ثانيًا: المهام والواجبات المتوقعة للمختصين على المستوى المحلي، متمثلة في الآتي:

- تقديم الخدمات المختصة المباشرة للأشخاص ذوي الإعاقة.
- تقديم إرشاد للعاملين الميدانيين في المجتمع المحلي.
- تدريب الآسر وأفراد المجتمع المحلي.
- التوجيه للخدمات عالية التخصص على المستوى المحلي.
- تقديم الاستشارات لمؤسسات المجتمع المحلي.

ثالثًا: المهام والواجبات المتوقعة من المشرفين، والتي تقع في ما يلي:

- الإشراف على العاملين المحليين وتوجيههم.
- تقيم أداء البرامج المحلية وفاعليتها.
- التخطيط لبرامج التأهيل المجتمعي.
- التنسيق مع الجهات المعنية.
- إدارة الأنشطة التدريبية للارتقاء بالمستوى المهني للعاملين.

رابعًا: المهام والواجبات الأساسية المتوقعة للعاملين الميدانيين في المجتمع المحلي، وتشمل:

- الكشف عن حالات الأفراد ذوي الإعاقة، وتسجيلها، وتحديد الاحتياجات، والتدخل المناسب للحالة.
- تقديم الخدمات المباشرة للأفراد ذوي الإعاقة ولأسرهم.
- تنفيذ الأنشطة المتعلقة بالتوعية المجتمعية، والتسهيلات الاجتماعية والبيئية.
- تدريب أفراد أسر ذوي الإعاقة.
- تمكين الأفراد ذوي الإعاقة، والمساعدة في الدفاع عن حقوقهم.

و- الخدمات التي تقدمها اللجان المحلية:

ينقسم المستفيدون من خدمات المركز إلى ثلاث فئات، تضم الأولى فئة المتلقين لخدمات تقدم على نحوٍ يومي، وتضم الثانية المستفيدين من خدمات المراكز ضمن برنامج محدود، أما الثالثة فتضم المستفيدين من خدمات المراكز خارج نطاق المراكز. علما أن الخدمة تقدم للأعمار جميعها وللفئات كلها وللأفراد ذوي الإعاقة كافة.

ز- مصادر تمويل لجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي:

تستند اللجان المحلية في مراكز تأهيل المجتمع المحلي، ولجنة التنسيق العليا لتلك المراكز على الدعم المادي من جهات مختلفة، حيث يقع تمويل مراكز التأهيل المجامعي على الجهات الآتية:

١- إسهام وكالة الغوث الدولية.

٢- المشاريع الإنتاجية لمراكز التأهيل المجتمعي المدرة للدخل، التي تغطي النفقات التشغيلية للبرنامج التأهيلي.

٣- ريع نشاطات لجنة التنسيق العليا، وأجور بدل تدريب وتأهيل الأفراد منتفعين.

٤- التبرعات والهبات غير المشروطة، سواء أكانت محلية أم أجنبية فردية أو جماعية.

٦- تبرعات المجتمع المحلي.

٧- أية موارد أخرى توافق عليها الدائرة (دائرة الإغاثة والخدمات الاجتماعية) ولجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي(لجنة التنسيق، ٢٠٠٩).

وصف لمناطق تواجد مراكز التأهيل المجتمعي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن:

إمتازت مراكز التأهيل المجتمعي في مناطق تواجدها داخل المخيمات، وسوف نتناول وصف لها من حيث: عدد سكانها، ومساحتها، وخدماتها، وغيرها على النحو الآتي:

*** مخيم الطالبية:**

يعد مخيم الطالبية أحد ستة مخيمات "طوارئ" أنشئت عام ١٩٦٨م، ؛ لإقامة اللاجئين الفلسطينيين، ويقع على بعد ٣٥ كم جنوب عمان، وتبلغ مِساحته ١٣٠ دونما، وكان عدد سكانه عند الإنشاء حوالي خمسة آلاف نسمة، وصل إلى ٩ آلاف مقيم حسب إحصاءات ٢٠٠٣م. منهم (٤٩٩٠) من اللاجئين المسجلين. يوفر مركز التأهيل المجتمعي بالمخيم خدمات الرعاية النهارية لحوالي (٦٩) لاجئا من ذوي الإعاقة. تم بناء مركز التأهيل المجتمعي بدعم كامل من السفارة الأمريكية في عمان، ويدير المركز لجنة محلية بدعم فني ومالي من الأونروا، التي تقدم – فضلاً عن ذلك- خدمات التعليم والصحة والإغاثة والخدمات الاجتماعية من خلال (١٢) مرفقـًا يقوم على إدارتها (١١٠) موظفين (الأونروا، ٢٠٠٧).

*** مخيم الوحدات:**

يعد مخيم عمان الجديد، المعروف محليا بالوحدات، أحد أربعة مخيمات أنشئت لإقامة اللاجئين الفلسطينيين، الذين غادروا فِلسطين نتيجة حرب عام ١٩٤٨م. أنشئ المخيم عام ١٩٥٥م جنوبي شرق عمان، وهيئ لإقامة حوالي خمسة آلاف لاجئ على مِساحة ٤٨٨ دونما، وقد بلغ عدد سكانه (٥٠٦٠١) نسمة حسب إحصاءات ٢٠٠٣م. أما مركز التأهيل المجتمعي، فأنشئ فيه عام ١٩٩٦م؛ ليقدم خدمات الرعاية النهارية لحوالي (١٥٠) لاجئا ذا إعاقة. وبدعم سخي من المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية، ويدير المركز لجنة محلية بدعم فني ومالي من الأونروا. وتقدم الأونروا خدمات التعليم والصحة والإغاثة والخدمات الاجتماعية من خلال (٢٧) مرفقـًا يقوم على إدارتها (٥٦٣) موظفـًا (الأونروا، ٢٠٠٧).

*** مخيم الزرقاء:**

يعد مخيم الزرقاء من أقدم المخيمات الفلسطينية في الأردن، وهو أحد أربعة مخيمات أنشئت لإقامة اللاجئين الفلسطينيين الذين غادروا فلسطين نتيجة حرب عام ١٩٤٨م. أنشأته اللجنة الدولية للصليب الأحمر عام ١٩٤٩م، وهيئته لإقامة ثمانية آلاف لاجئ على مِساحة ١٨٠ دونما، تقع جنوبي شرق مدينة الزرقاء، على بعد حوالي ٢٠ كم شمال شرق عمان. وقد بلغ عدد

سكانه المسجلين حسب إحصاءات ١٩٩٥م حوالي(١٧٨٧٦) نسمة. تدعم الأونروا عمل مركز التأهيل المجتمعي في المخيم، الذي يقدم خدمات لحوالي (١١٥) لاجئا ذا إعاقة، فضلاً عن تقديمها خدمات التعليم والصحة والإغاثة والخدمات الاجتماعية من خلال (١٤) مرفقـًا يقوم على إدارتها (٢٠١) موظفـًا (الأونروا، ٢٠٠٧).

*** مخيم البقعة:**

يعد مخيم البقعة من أكبر التجمعات الفلسطينية خارج الوطن المحتل، وهو أحد ستة مخيمات "طارئة" أنشئت عام ١٩٦٨م لإقامة اللاجئين الفلسطينيين، الذين غادروا الضفة الغربية وقطاع غزة نتيجة حرب عام ١٩٦٧م، ويقع المخيم على بعد ٢٢ كم من حدود العاصمة عمان الشمالية الغربية، وتبلغ مساحته ١٤٠٠ دونم؛ أي ما يعادل حوالي ربع مساحة المخيمات الإجمالية في الضفة الشرقية. وقد بلغ عدد سكان هذا المخيم عند الإنشاء حوالي ٢٦ ألف نسمة، ارتفع - حسب إحصاءات ٢٠٠٣م- إلى (٩٠,٩٥٣) نسمة، منهم حوالي ٨٠,١٠٠ لاجئ. ويضم المخيم عشرة آلافٍ وحدة سكنية، مساحة كل منها ٩٦م٢، ويقسم إلى خمسة مناطق رئيسة هي: منطقة القدس، ومنطقة نابلس، ومنطقة الخليل، ومنطقة الكرامة، ومنطقة المخيم الجديد. وقد أنشئ فيه في شهر آب عام ١٩٨٨م مركز التأهيل المجتمعي، بتجاوب مع برنامج الإغاثة في وكالة الغوث الدولية وبتعاون معه، وبدعم من مؤسسة دياكونيا- ناد السويدية. وبالإضافة إلى الخدمات الحكومية المقدمة للمخيم، تقدم الأونروا خدمات التعليم والصحة والإغاثة والخدمات الاجتماعية من خلال (٢٢) مرفقـًا يقوم على إدارتها (٦٥١) موظفـًا (الأونروا، ٢٠٠٧).

*** مخيم حطين:**

يعد مخيم ماركا، المعروف محليا باسم حطين، أحد ستة مخيمات "طوارئ" أنشئت عام ١٩٦٨م، وهيئ لإقامة خمسة عشر ألف لاجئ فلسطيني، غادروا الضفة الغربية وقطاع غزة نتيجة حرب عام ١٩٦٧م، وقد أنشئ عام ١٩٦٨م على مساحة ٩١٧ دونما، وبلغ عدد سكانه - حسب إحصاءات ٢٠٠٣م- حوالي (٣٧٩٠٣) لاجئين وأكثر من (١٥) ألف مهجر. ويقع جنوبي غرب الزرقاء، على بعد حوالي ١٠ كم من شمالي شرق عمان. حيث قامت السفارة الأمريكية في عمان بدعم كامل لمركز التأهيل المجتمعي في المخيم، وتدعم الأونروا هذا المخيم، الذي يقدم خدمات لحوالي (٩٧) طفلاً من ذوي الإعاقة، فضلاً عن تقديمها خدمات التعليم والصحة والإغاثة والخدمات الاجتماعية من خلال (١٥) مرفقـًا يقوم على إدارتها (٣٣٣) موظفـًا (الأونروا، ٢٠٠٧).

*** مخيم جرش:**

أُنشئ مخيم غزة عام ١٩٦٨م، كمخيم "طارئ" لإقامة أحد عشر ألفـًا وخمسمئة من اللاجئين الفلسطينيين، الذين غادروا قطاع غزة نتيجة حرب عام ١٩٦٧م. يغطي المخيم مِساحة (٧٥٠) دونما، ويقع على مسافة ٥ كم من جنوب غرب جرش، وعلى بعد حوالي ٥٠ كم شمال غرب مدينة عمان. وقد بلغ عدد سكانه عند الإنشاء (١١٥٠٠) نسمة، ارتفع - حسب إحصاءات ٢٠٠٣م- إلى حوالي (٢٧٩١٦) نسمة، من بينهم (٢١٥٤٢) لاجئا. وتدعم الأونروا عمل مركز التأهيل المجتمعي، الذي أنشئ في المخيم عام ١٩٨٥م بدعم كامل من جمعية أوكسفام البريطانية (Oxfam) ووكالة الغوث الدولية، ويقدم خدمات لحوالي (٣٠٠) طفل لاجئ من ذوي الإعاقة. كما تقدم الأونروا خدمات التعليم والصحة والإغاثة والخدمات الاجتماعية من خلال تسعة مرافق يقوم على إدارتها (٧١٧) موظفـًا (الأونروا، ٢٠٠٧).

*** مخيم إربد:**

كان مخيم إربد من بين أربعة مخيمات أنشئت بعد عام ١٩٤٨م للاجئي فلسطين، الذين غادروا وطنهم نتيجة حرب عام ١٩٤٨م. يقع شمال مدينة إربد، على مِساحة (٢٤٤) دونما، ويشكل في الوقت الراهن جزءا من كتلها السكانية. يبعد عن عمان ٩٠ كم، وقد بلغ عدد سكانه عند الإنشاء حوالي أربعة آلاف نسمة، ارتفع حسب إحصاء ٢٠٠٣م إلى حوالي (٢٣٩٨٤) نسمة. تدعم الأونروا عمل مركز التأهيل المجتمعي في المخيم، الذي يقدم الخدمات لحوالي (٣٠٠) لاجئ من ذوي الإعاقة، فضلاً عن تقديما خدمات التعليم والصحة والإغاثة والخدمات الاجتماعية من خلال تسعة مرافق، يقوم على إدارتها (١٧٠) موظفًا (الأونروا، ٢٠٠٧).

*** مخيم الحصن:**

أنشئ مخيم الحصن، المعروف محليا بمخيم الشهيد عزمي المفتي، عام ١٩٦٨م، ويعد أحد ستة مخيمات "طارئة" هيئت لإقامة اثني عشر ألفـًا وخمسمئة لاجئ فلسطيني، غادروا الضفة الغربية وقطاع غزة نتيجة حرب عام ١٩٦٧م، وهو تابع لمحافظة إربد، ويقع إلى الجنوب الشرقي منها، ويبعد عنها مسافة ٦ كم فقط، ويمتد حتى أراضي النعيمة على طريق العاصمة عمان. كما لا يبعد عن مدن، مثل: المفرق، وجرش، وعجلون أكثر من ٤٠ كم. بلغت مِساحته حوالي (٧٧٤) دونما. أما عدد السكان عند الإنشاء، فبلغ (١٢٥٠٠) نسمة، ارتفع حسب إحصاءات ٢٠٠٣م إلى حوالي (٢٧١٦٦) نسمة، من بينهم (٢٠٦٤٥) لاجئا. أنشئ في هذا المخيم مركز التأهيل المجتمعي عام ١٩٨٧م بدعم من السفارة الكندية في عمان ووكالة الغوث

الدولية (الأونروا) ولجنة مينونايت المركزية. ويقدم هذا المركز خدمات الرعاية النهارية لحوالي (٢٥٠) لاجئا من ذوي الإعاقة. كما تقدم الأونروا – فضلاً عن دعمها للمركز- خدمات التعليم والصحة والإغاثة والخدمات الاجتماعية، من خلال تسعة مرافق يقوم على إدارتها (١٦٧) موظفـًا (الأونروا، ٢٠٠٧).

*** بلدة وقاص:**

تقع بلدة وقاص في لواء الأغوار الشمالية التابع لمحافظة إربد. يحدها من الغرب نهر الأردن، ومن الشمال بلدة المنشية، ومن الجنوب بلدة الشيخ حسين، يعمل معظم سكانها في الزراعة، ويبلغ عددهم حوالي عشرة آلاف نسمة، جاءت غالبيتهم العظمى من منطقة غرب نهر الأردن عقب حرب عام ١٩٤٨م (الأونروا، ٢٠٠٧). وأنشاء مركز للتأهيل المجتمعي في هذه المنطقة بدعم سخي من المجلس النرويجي للأجئيين.

دور الجهات الداعمة والشراكات لبرنامج التأهيل المجتمعي:

ساهمت مؤسسات وجهات محليا ودوليا أكانوا أفرادا أو جماعات في نجاح دورهم في دعم تقدم وإزدهار مراكز تأهيل المجتمع المحلي، حيث أصبحت بينهم وبين تلك المراكز شراكة حقيقية، ترنو إلى تحقيق التقدم والنجاح في الوصول لأهدافها، ومن تلك الأدوار:

أولاً: دور الأسرة كشريك استراتيجي فعال في برامج التأهيل المجتمعي:

يركز برنامج التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة على مشاركة الأسرة في البرامج التأهيلية، انطلاقـًا من أن الأسرة تعد البيئة الأولى للأفراد ذوي الإعاقة، التي تؤثر فيهم على نحوٍ ملموس ومباشر. ولأهميتها في تقديم الخدمات، فإنه لا بد من توثيق العلاقة بينها وبين العاملين على تقديم تلك الخدمات في المؤسسات التأهيلية وداخل المنزل. ولتقوية الأسرة والعاملين في مجال الأفراد ذوي الإعاقة، فإنه لا بد من توعية الأسر، وأن توفر لها المعلومات والتدريب اللازمين؛ كي تتمكن من كسر حاجز الخجل من إظهار أبنائها ذوي الإعاقة علنـًا، وتواجه تحديات المجتمع الكثيرة في مجال عدم تقبل الأفراد ذوي الإعاقة. علما أن الأسر أنفسها تمر بمرحلة رفض الأبناء. ولامتداد العلاقة واستمرارها، فإنه لا بد من أخذ الأمور الآتية بنظر الاعتبار:

١- ضرورة إقامة شراكة متكافئة بين العاملين في مجال الأفراد ذوي الإعاقة من جهة، أفرادا كانوا أو جماعات أو مؤسسات حكومية أو أهلية، وأسر الأفراد ذوي الإعاقات من جهة أخرى، مبنية على أسس التعاون والدعم والمساندة.

٢- تفعيـل دور الأسـر في إعداد البرامـج وتخطيطها وتنفيذها عند اتخاذ القرارات التي تخص أبناءها، واعتبار الأسرة مصدرا لنقل التجربة إلى باقي الأسر.

٣- تدريـب الأهـل على التعامل مع أبنائهم، وضرورة توعيتهم بحقوق هؤلاء الأبناء والعمل على الدفاع عنهم.

٤- الإفادة من موارد المجتمع وإسهاماته في توفير فرص وصول الأفراد ذوي الإعاقة إلى المدارس والأماكن العامة.

٥- الكشف المبكر عن الإعاقة ومؤشراتها في ضوء المشاركة مع التأهيل المجتمعي.

٦- مساعدة الشخص المعاق على التغلب على القيود التي فرضتها الإعاقة.

٧- ضمان حق الشخص ذي الإعاقة في اتخاذ القرارات بوصفه عضوا فاعلاً في الأسرة.

٨- تشجيع الشخص ذي الإعاقة على أن يكون عضوا فاعلاً في الأسرة.

٩- منح الشخص ذي الإعاقة مزية الانتماء إلى لأسرة.

ثانيًا: دور وكالة الغوث الدولية في مراكز التأهيل المجتمعي:

تقدم وكالة الغوث الدولية خدمات أساسية للاجئين الفلسطينيين المسجلين لديها، تتركز في قطاعات: التعليم، والصحة، والخدمات الاجتماعية. وتتولى دائرة الإغاثة والخدمات الاجتماعية شؤون الإعاقة في وكالة الغوث الدولية ضمن برنامج الإعاقة؛ إذ تُدير مجموعة من البرامج الاجتماعية، مثل: مراكز النشاطات النسائية، وبرامج إعادة التأهيل الاجتماعي للأفراد ذوي الإعاقة. كما تتولى متابعة شؤون مراكز التأهيل المجتمعي العشرة، والإشراف على أمورها الإدارية والمالية والفنية، فضلاً عن مخاطبتها الجهات المعنية في ما يتعلق بموضوع الإعاقة محليا وإقليميا ودوليا، ومشاركتها مع لجنة التنسيق العليا في سن الدستور الداخلي لمراكز التأهيل المجتمعي، وفي القرارات كلها ذات العلاقة.

ثالثـًا: دور لجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي:

تتولى لجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي المهام الرئيسة؛ الإدارية، والمالية، والفنية للجان المحلية في مراكز التأهيل المجتمعي، وذلك بالتعاون والتنسيق مع دائرة الإغاثة في وكالة الغوث الدولية؛ إذ تشكل اللجان المحلية، وتحلّ المشكلات التي تواجهها هذه اللجان، وتشجع على تبادل الخبرات بين مراكز التأهيل، وافتتاح مراكز جديدة للتأهيل المجتمعي إذا لزم الأمر، كما تؤثر في السياسات والتشريعات الوطنية، وتنسق مع الجهات المختصة لاستمرار التدريب في المراكز، وتتولى إعداد التقارير الإدارية والمالية المتعلقة بهذه المراكز (لجنة التنسيق، ٢٠٠٩).

رابعًا: دور المملكة الأردنية الهاشمية في برنامج التأهيل المجتمعي:

تحرص المملكة الأردنية على تحسين الخدمات والبرامج المقدمة للاجئين والنازحين الفلسطينيين في مخيماتها الثلاثة عشر، التي يسكن فيها حوالي (١.٩) مليون نسمة، وذلك بالتعاون مع وكالة الغوث الدولية، التي تتولى الإشراف على تلك المخيمات عن طريق دائرة الشؤون الفلسطينية التي بدورها تشكل لجنة تسمى "لجنة تحسين المخيم"، تختار أعضاءها من قادة وشخصيات المخيم. وتقوم هذه اللجنة بدور المجالس البلدية، فتتعاون هذه الجهات الثلاثة من أجل تحسين البنية التحتية للمخيمات، من طرق وممرات وشبكات صرف المياه.

وخلال السنوات الأخيرة، لوحظ أن ثمة تراجع طرأ على خدمات الوكالة الدولية المقدمة للاجئين الفلسطينيين في الأردن؛ إذ انخفض مستوى هذه الخدمات كما ونوعا، مما ألقى على كاهل الحكومة الأردنية أعباء إضافية، وزاد من الطلب على الخدمات الحكومية خاصة في مجالي التعليم والصحة. علما أنه يصعب عند الحديث عن الخدمات، التي قدمتها وتقدمها الحكومة الأردنية إلى اللاجئين الفلسطينيين في الأردن، حصر وإيراد تقديرات دقيقة لقيمتها. وفي ما يأتي عرض لبعض أنواع الخدمات المباشرة، التي قدمتها الحكومة الأردنية لساكني المخيمات الفلسطينية:

- تنفيذ مشاريع البنية التحتية والخدمات العامة في المخيمات وصيانتها، مثل: تعبيد الشوارع وإنارتها، ومد شبكات المياه والكهرباء، وتنفيذ مشاريع الصرف الصحي، والصبات الخرسانية، وإقامة الأبنية العامة، وخدمات البريد، و... إلخ.
- المحافظة على النظافة، وتوفير المبيدات الحشرية لمكافحة القوارض والحشرات كلما لزم الأمر.

- مراقبة المحافظة على الالتزام بالأنظمة الخاصة بالسكن والمرافق العامة.

- تعليم عدد كبير من أبناء اللاجئين الفلسطينيين وبناتهم في المرحلتين الأساسية والثانوية، وتوفير ما يلزمهم من كتب مدرسية. علما أن التعليم لدى مدارس الغوث يقتصر على المرحلة الأساسية فقط.

- توفير الخدمات الصحية والتأمينات العلاجية لعدد كبير من اللاجئين الفلسطينيين.

- تقديم الدعم المالي، والإشراف على مشاريع الأندية والجمعيات الخيرية في المخيمات، وتأمين العائلات الفقيرة داخل المخيمات بالمعونات والهبات والمساعدات، التي تقدمها جهات رسمية أو شعبية.

- إدارة ثلاثة مراكز لتدريب الفتيات اللاجئات والنازحات على الخياطة والتطريز، في كل من الرصيفة والزرقاء وإربد.

- تقديم خدمات الوعظ والإرشاد، وإقامة المساجد والمراكز الدينية وإدارتها.

- تقديم خدمات إدارية متعددة عبر عدد من المكاتب الحكومية في المخيمات، منها خمسة مكاتب لدائرة الشؤون الفلسطينية في العاصمة عمان. فضلاً عن تسهيل معاملات اللاجئين، سواء مع وكالة الغوث الدولية أو مع الجهات الرسمية؛ من أجل الحصول على خدمات معينة.

- دعم مراكز التأهيل المجتمعي في المخيمات، ومثال ذلك ما حظي به مؤخّرا مخيم الطالبية؛ إذ تكرم عليه جلالة الملك عبدالله الثاني ببناء طابق ثان وتوفير ما يلزمه من تجهيزات مكانية ومرافق ووسائل وأجهزة تعليمية وتأهيلية؛ لضمان استمراره في عمله التأهيلي على نحوٍ أفضل وأكثر تطورا.

- تقديم خدمات التقييم والتشخيص لأفراد المجتمع، وذلك ضمن مراكز خاصة تتبع وزارة الصحة، ووزارة التنمية الاجتماعية.

- يقديم المجلس الأعلى خدمات شتى خاصة بالأفراد ذوي الإعاقة أو ذويهم، منها: الدعم المادي، وتأمين تكاليف التعليم، وبعض المعالجات الصحية، وتدريب الأفراد ذوي الإعاقة وتأهيلهم وتأمين مستلزماتهم، والسعي وراء الجهات المعنية في تشغيلهم، و...إلخ.

خامسًا: دور المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية في برنامج التأهيل المجتمعي:

لاحظت المؤسسة السويدية، بعد عملها الطويل في مجال رعاية الأفراد ذوي الإعاقة العقلية وتأهيلهم وتدريبهم، تزايدا في أعداد المراجعين من أسر الأطفال وذويهم، الذين يطالبون بالانتفاع من خدماتهـا. كما لاحظت ازدياد أعداد المسجلين على قوائم الانتظار، وخاصة من الدرجتين الشديدة والمتوسطة (أبو شنب؛ وأبو يابس، ١٩٩٩).

وعليه، فقد ذكر إركسون (Ericsson, 2006) قرر مجلس إدارة المؤسسة في بداية عام ١٩٩٦م، بناءً على الحاجة الخاصة، وبتوجيهات من الخبراء والزوار والعاملين السويديين الذين اطلعوا على الخدمات المقدمة، أن يعاد النظر في طريقة تقديم الخدمة لمنتفعيها وتطويرها، وذلك بالتوجه نحو تقديمها لهم في المجتمع المحلي؛ تمشيا مع الاتجاه العالمي لدمج الأفراد ذوي الإعاقة، وسعيا إلى ما يترتب على ذلك من نفع لهم، من حيث إبقاؤهم مرتبطين بأسرهم. فضلاً عما يحدثه هذا التوجه من تغيير اتجاهات أفراد المجتمع نحو هؤلاء الأشخاص واحتياجاتهم، مما يشعرهم بمدى مسؤوليتهم في الإسهام في خدمة أطفال مجتمعهم من ذوي الإعاقة أسوة بأقرانهم من الأطفال الطبيعيين. وقد أكد قانون رعاية الأفراد ذوي الإعاقة رقم (١٢) لسنة ١٩٩٣م في المادة الثالثة منه حق هذه الفئة في الاندماج في الحياة العامة للمجتمع.

وقد كانت أول خطوة قام بها مجلس إدارة المؤسسة، إلغاء بيت العناية الداخلي، الذي كان يستوعب حوالي (٦٠) طفلاً وطفلة من مناطق الأردن المختلفة، وتحويله إلى روضة للأفراد من ذوي الإعاقة العقلية الشديدة والمتوسطة، يتلقون فيها من مناطق عمان كلها الخدمات التأهيلية والتعليمية في الفترة النهارية، في حين يقضون بقية اليوم مع أسرهم. وبذا، تشارك الأسرة مشاركة فعلية في حياة الطفل اليومية.

بدأت المؤسسة بشرح توجهاتها إلى وزارة التنمية الاجتماعية، المظلة الرسمية لعمل المؤسسة في الأردن، فأوقفت المؤسسة عملية قبول أي أفراد جددٍ من ذوي الإعاقة (منتفعين)، وتم تقسيم الأفراد المنتفعين إلى ثمانية مناطق جغرافية مختلفة حسب مناطق سكناهم؛ لدراسة إمكانية تقديم الخدمة لهم في تلك الأماكن، مع التركيز على المناطق الفقيرة التي تفتقر إلى هذا النوع من الخدمة.

بدأت المؤسسة بإجراء الاتصالات وعقد الاجتماعات مع الجهات العاملة في هذا المجال؛ لشرح توجهاتها الحديثة؛ محاولة إيجاد فرص لفتح مجالات تعاون جديدة مع تلك الجهات. كما عقدت المؤسسة مع هذه الجهات في تشرين أول من عام ١٩٩٧م، بالتعاون مع

وزارة التنمية الاجتماعية، ورشة عمل لعرض سياسة المؤسسة الجديدة في العمل مع ذوي الإعاقة، تلاها عقد مؤتمر، بالتعاون مع وزارة التنمية الاجتماعية والمجلس الوطني لرعاية ذوي الإعاقة، بعنوان: " خدمات متغيرة للأفراد ذوي الإعاقة في مجتمع متغير: (٣٠) عاما من عمل المؤسسة السويدية في الأردن"، حضره حوالي (١٨٠) شخصا من داخل الأردن وخارجه؛ وذلك لشرح توجهات المؤسسة. واستمرارا لذلك التوجه عقدت المؤسسة في عمان مؤخّرا (في آذار الحالي) مؤتمرا عرضت فيه تجربتها.

وقد عقدت المؤسسة بالتنسيق مع وكالة الغوث الدولية ولجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي مشروعين، يقدمون فيه الدعم المادي والفني للأفراد ذوي الإعاقة العقلية الشديدة في بعض مراكزها الآتية:

١- مشروع البقعة: عقدت في أيلول من عام ١٩٩٧م اتفاقية، تم بموجبها فتح صفين للإعاقة العقلية الشديدة، يتسعان لحـــوالي (١٤) طفلاً تتراوح أعمارهم (٤-١٤) سنة.

٢- مشروع الوحدات: عقدت المؤسسة في شهر آذار من عام ١٩٩٨م، اتفاقية أخرى تم بموجبها تأسيس صفين للإعاقة العقلية الشديدة، يتسعان لحوالي (١٤) طفلاً تتراوح أعمارهـــم (٤-١٤) سنة.

سادسًا: دور المجتمع المحلي في مراكز التأهيل المجتمعي:

تترتب على المجتمع المدني واجبات؛ لكونه شريكـًا في المجتمع. والمجتمعات الحديثة ليست حكومات وشعوبا فقط؛ إذ إنها تتشكل اجتماعيا من خلال المنظمات المدنية بمعناها الواسع. أضف إلى ذلك أن هناك واجبات طرحتها الاتفاقية على منظمات حقوق الإنسان على نحوٍ خاص بوصفها صاحبة الخبرات الحقيقية في مجال حقوق الإنسان. فمثلاً، تُعد المؤسسات مصدرا مرجعيا مهما داخل المجتمعات المحلية، من ناحية الدعم المساند، والمسؤولية المشتركة الهادفة إلى تغيير وجهات نظر أفراد المجتمع، وتبني النشاطات المجتمعية الهادفة إلى التوعية، ورفع الاهتمام المجتمعي بقضية الأشخاص ذوي الإعاقة، وهذا يتطلب أمورا لا بد منها، هي:

- الحوار والتنسيق مع المؤسسات المحلية،
- الاستمرار في الحوار ومتابعتة على نحوٍ دائم.
- المشاركة والمسؤولية المشتركة.

ولعل ما لاحظه الباحث قبل أعوام عدة من معاناة الأفراد ذوي الإعاقة في الأردن، وما لمسه آنذاك من حرمان هذه الفئة من حقوقها، خاصة حقها في تقرير المصير، وما تبينه من نقص في الخدمات الأساسية والضرورية المقدمة لهذه الفئة، باستثناء ما قدمته لهم بعض المؤسسات المحلية أو الأجنبية، من مثل: المؤسسات المحلية لمراكز تأهيل المجتمعات المحلية للأفراد ذوي الإعاقات العشرة التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن. لعل ذلك كله، مقارنة بما شهده الأردن في الآونة الأخيرة من تطور وتسارع في التشريعات والقوانين الخاصة بالأفراد ذوي الإعاقة، بحيث قلت معاناتهم واستعادوا كثيرا من حقوقهم وتوافرت لهم الخدمات التي يحتاجونها، عائد إلى الجهود المبذولة من قِبل المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص ذوي الإعاقة خاصة، ونتاج تحركات الجهات الأخرى عامة؛ إذ استطاع الأردن من خلال تبنّيه توجها حديثـًا يدعم حقوق الأفراد ذوي الإعاقة ويكفل لهم واجبات هم بحاجة ماسة إليها، تحقيق تشريعات ووضع سياسات تحفظ للأفراد ذوي الإعاقة حقوقهم داخل المملكة، وتلبي لهم الحاجات الأساسية من خدمات ودعم وحقوق خاصة بهم.

ومن هذا المنطلق، فإن ما حققه برنامج التأهيل المجتمعي في الأردن من نقلة نوعية في تحسين ظروف حياة الأفراد ذوي الإعاقة، وضمان حقوقهم المنتزعة من خلال سن القوانين والتشريعات ذات الشأن، التي تكفل لهم حقوقهم في مجالات الحياة المتعددة؛ التعليمية، والصحية، والتدريبية، والتأهيلية، والتشغيلية، وغيرها، يتمثل في العديد من التجارب الدالة على ذلك، ومنها:

أن برنامج الأفراد ذوي الإعاقة، المرتكز على التأهيل المجتمعي، استطاع أن يقيم ويطور علاقات تعاونية حقيقية وتشاركية على مختلف الأصعدة، مع الجهات الفاعلة كلها؛ رسمية وغير رسمية، في مجال الأفراد ذوي الإعاقة؛ بهدف الحصول على الدعم المادي والمعنوي، وبحيث تصب هذه العلاقات في مصلحة الأفراد ذوي الإعاقة. ومثال ذلك: مؤسسة دياكونيا ناد، التي دعمت مركزي تأهيل مخيمي البقعة وجرش ولا تزال تدعمهما، والاتحاد الأوروبي، الذي قام بدعم مركز تأهيل مخيم جرش.

أن برنامج الأفراد ذوي الإعاقة يعتمد على الجهود والمشاركة التطوعية المحلية التي تُدار بوساطة المجتمع المحلي. ونظرا للوضع الخاص للاجئين الفلسطينيين، وغياب الخدمات التي يحتاجها الأفراد ذوو الإعاقة، فقد طورت البرامج إمكانات وكفاءات في مجال التأهيل والتدريب تعد ريادية في هذا المجال، مثل: التدريب والتَدرب على لغة الإشارة، والتربية

الخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة، والعلاج الطبيعي والوظيفي، وفحص السماعات وتركيبها، وبرامج الدمج الاجتماعي، والأنشطة اللامنهجية الخاصة بالأفراد ذوي الإعاقة. وتعد هذه البرامج نموذجا تستفيد منه مختلف الجهات الوطنية، مثل: الوزارات، والجامعات، و...إلخ.

أن البرنامج استطاع استقطاب الاهتمام المحلي والإقليمي والدولي، بالمشاركة وجلب الدعم المادي والفني. ولكن، تبقى المشكلة هي كيفية ضمان استمرارية هذا الدعم؟ ويعتمد التغلب على هذه المشكلة على تطوير مصادر التمويل الذاتي للبرامج، ويكون ذلك من خلال إنتاج مشاريع مدرة للدخل، والعمل على مشاركة المجتمع والفئات المستفيدة في تغطية ثمن الخدمات المقدمة.

أن غياب وجود خطة جيدة وسياسة واضحة لتأهيل الأفراد ذوي الإعاقة وتشغيلهم من جانب، وغياب برامج التربية الخاصة للأفراد ذوي الإعاقة، المعروفة بأنها تحتاج إلى كفاءات عالية، من جانب آخر، يستنزف معظم الإمكانات المتاحة. علما أن المشكلة التي تعاني منها البرامج الخاصة تظهر جلية في مستقبل الأطفال ذوي الإعاقة بعد إكمالهم للتعليم الإعدادي المتوافر لديهم. وهنا، تطرح أسئلة تحتاج إلى إجابات واضحة: ماذا عن التعليم الثانوي والجامعي؟ ثم ماذا عن استيعاب هؤلاء الأطفال وتدريبهم مهنيا وتوظيفهم؟ وهذه التساؤلات والإجابة عنها تحتاج إلى تضافر الجهود كلها على المستوى الوطني والمحلي والدولي؛ إذ إن التحدي الذي تطرحه هذه القضايا يبين أهمية الجهد الذي بذلته وكالة الغوث الدولية في السعي، بالتعاون مع ILO، إلى تحسين فرص تدريب الأفراد ذوي الإعاقة وتأهيلهم وتوظيفهم. ولكن، لكي يؤتي هذا الجهد ثماره، يجب أن تنطوي تحته الجهات ذات العلاقة جميعها، وأن يتم وضع خطة شاملة وتصور وطني للبرامج المهنية وإمكانات توظيف الأفراد ذوي الإعاقة وتشغيلهم.

أنه يمكن للأونروا في هذا المجال أن تقوم بدور ريادي تنسيقي من خلال مواكبة التطور في مجال التشريعات والقوانين التي تخص الأفراد ذوي الإعاقة على المستوى الدولي (الأمم المتحدة)، بحيث تساعد على نقل تلك التجربة إلى المجتمعات صاحبة العلاقة، مع إمكانية الاستعانة بالخبرات الدولية والإقليمية في هذا المضمار. وفي هذا الإطار، فقد شاركت الأونروا في مؤتمر الفقر والأفراد ذوي الإعاقة بتونس، كفرصة للاطلاع على الخبرات الأخرى، وإمكانات فتح آفاق جديدة من الشراكة والتعاون مع مختلف الجهات المشاركة في المؤتمر، مما يعود بالفائدة والنفع على برامج التأهيل المجتمعي في مناطق عمل الأونروا، ومن ثم على مستوى المجتمعات عامة، والأفراد ذوي الإعاقة على وجه الخصوص.

ثانيًا: الدراسات السابقة:

تناول هذا الفصل الدراسات السابقة التي تعرضت لمثل موضوع هذه الدراسة، حيث لم يحظ ميدان خدمات وبرامج التأهيل المجتمعي في الأردن باهتمام الدارسين. فالبرغم من زخم الدراسات الأجنبية حول موضوع التأهيل المجتمعي، وشح الدراسات العربية حول الموضوع نفسه، فإن الباحث توصل إلى الدراسات التي يمكن اعتبارها تصب في أدب الموضوع، وذلك باختلاف الطرق والوسائل المتبعة وباختلاف أو تشابه المنهجية أو أدوات البحث. ومن هنا سيتم تقسيم هذه الدراسات وفق الآتي: الدراسات العربية، ثُم الدراسات الأجنبية.

أولاً: الدراسات العربية التي تناولت خدمات مراكز التربية الخاصة، والتأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم:

أجرى الخطيب (١٩٩١) دراسة بعنوان "تقييم برامج التأهيل المهني للأفراد المعاقين من وجهة نظر المنتفعين منها". وهدفت هذه الدراسة إلى تقييم برامج التأهيل المهني للأفراد ذوي الإعاقة من وجهة نظر الأفراد المنتفعين منها، وتكونت عينة الدراسة من (٦٦) منتفعا أنهوا تأهيلهم المهني في أحد مراكز التأهيل المهني خلال فترة ١٩٨٣~ ١٩٨٨م، وأن ما نسبته ٧٣% منهم، كانوا يعملون عند إجراء الدراسة، حيث أبدى معظمهم رضى ومواقفَ إيجابية نحو البرنامج، إلا أنهم أشاروا إلى تحديات كبيرة وسلبية تواجههم بعد التخرج، فمنها: الاتجاهات السلبية لأصحاب العمل، وعدم توافر المهن المناسبة في سوق العمل المحلي، وعدم توافر التدريب الشامل والفاعل.

وقام الياسير (AL-Yassir, 1993) بدراسة استطلاعية، عنوانها خطـة عمـل لبرنـامج التأهيل المجتمعي في مجتمع اللاجئين الفلسطينيين في لبنان، هدفها تعـرف برنـامج التأهيـل المجتمعي في مناطق اللاجئين الفلسطينيين في لبنان، من حيـث: أهدافـه وفلـسفته وتركيبتـه والتعرف إلى الخدمات المقدمة، والبحث حول الاتجاهات السلبية نحو الأفـراد ذوي الإعاقـات، وأثر البرنامج التأهيلي في نشر الوعي، وتعديل هذه الاتجاهات، وطرح التجربة اللبنانيـة فـي مجال التأهيل المجتمعي، من حيث: الضعف والقوة؛ لتطوير البرنامج، وقد تمت مراجعة برنامج التأهيل المجتمعي، من حيث: فلسفته وأهدافه وتركيبته والعاملين فيه وآلية الدعم على المـستوى المحلي. وتحليل أوضاع اللاجئين، والإفادة من الإحصائيات المتوافرة حول الأفراد ذوي الإعاقة في المجتمع، واستطلاع الخدمات المقدمة وهي: خدمات الوقاية والتدخل المبكـر، والخـدمات الطبية المساندة، وخدمات التربية الخاصة، والتسهيلات التعليمية، والدمج، والتوظيف والتشغيل،

والنشاطات الترويحية في المجتمع. وقد أوصى الباحث بتعزيز نشر فكرة التأهيـل المجتمعـي وتطويرها على الصعيد اللبناني والعربي (أبو حلاوة، ٢٠٠٤).

وقد قامت دردريان (١٩٩٤) بدراسة عنوانها "مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة في الأردن"، هدفت إلى تعرف مستوى فعالية مراكز التربية الخاصة في الأردن، وتكون مجتمع الدراسة من جميع مراكز التربية الخاصة الحكومية والخيرية والخاصة في الأردن، البالغ عددها (٨٠) مركزا. وأما عينة الدراسة فتكونت من ثلاثة عشرة (١٣) مركزا من مراكز التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية، والإعاقة السمعية، والإعاقة البصرية، والإعاقة الحركية، ضمت ثلاثة عشرة (١٣) مديرا، ومئة وستة وثلاثين (١٣٦) معلما. ومشرفي وزارة التربية الاجتماعية، والباحثة نفسها.

ولقياس مدى فعالية الدراسة، قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي، وتم استخدام أداة الاستبانة في جمع البيانات، حيث قامت بتطوير استبانة مؤلفة من (٩٢) فقرة مثلت في (٧) أبعاد، هي: الإدارة، ومشاركة الأهل، والمعلمون، وما يدور في غرفة الصف، والمنهاج، وخصائص المركز، والجو التربوي، واستخدام صدق المحتوى من خلال صدق المحكمين البالغ عددهم (١٦)، واستخراج معامل الاستقرار عن طريق إعادة الاختبار، وكذلك تم التحقق من ثباتها باستخراج الاتساق الداخلي باستخدام معامل كرونباخ ألفا. وأظهرت النتائج المتوسطات الموزونة لتقديرات المراكز على الدرجة الكلية وعلى كل بعد من أبعاد المقياس أن مراكز التربية الخاصة جميعها فعالة، ولكن مستوى الفاعلية اختلفت من مركز لآخر؛ إذ أتت مراكز الإعاقة الحركية أكثر فاعلية، يليها مراكز الإعاقة البصرية.

وأظهرت نتائج تحليل التباين أنه لا توجد فروق ذوات دلالة إحصائية في مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة تعزى لمتغير نوع الإعاقة التي يخدمها المركز على الدرجة الكلية وعلى أبعاد المقياس الفرعية، فيما عدا بعد خصائص المركز. كما أظهرت الدراسة فروقـًا ذوات دلالة إحصائية بين مراكز الإعاقة البصرية ومراكز الإعاقة الحركية، فكانت لصالح مراكز الإعاقة الحركية.

وأجرى الصمادي وآخرون (١٩٩٧)، دراسة بعنوان "تقييم فاعلية مراكز التربية الخاصة في دولة الإمارات العربية المتحدة"، قيموا خلالها فاعلية مراكز التربية الخاصة الحكومية والخاصة بالإمارات جميعها، وكان عددها (١٨) مركزا إذ طور الباحثون أداة استبانة

للدراسة مثلت بسبعة أبعاد، هي: المنهاج، والإدارة، والمعلمون، والعاملون، وخصائص المركز، والجو التربوي، والمجتمع المحلي، والتدريس والتدريب.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذوات دلالة إحصائية في مدى فاعلية المراكز، تعزى لمتغير المركز على الدرجة الكلية، كما أشارت – أيضا– إلى وجود فروق ذوات دلالة إحصائية بين مركزين فاعليتهما في بعد الجو التربوي، مما يشير إلى فاعليتها ككل، وأظهرت النتائج أن بعض المراكز تعزى الفاعلية فيها إلى أبعاد المنهاج، والجو التربوي، والإدارة، وخصائص المركز والمجتمع المحلي.

وكان من أهم النتائج التي خرج بها الباحثون نقص الدورات التدريبية للمعلمين، وعدم اهتمام أولياء الأمور، وعدم وجود إدارة مؤهلة، وعدم مناسبة الغرف الصفية لعملية التعليم.

وفي دراسة شبيهة أجرى عزالدين (١٩٩٩) دراسة بعنوان "تقييم فاعلية خدمات برامج التأهيل المجتمعي في الأردن". وهدفت هذه الدراسة إلى تعرف فاعلية خدمات برامج التأهيل المجتمعي وتقييمها، وتكونت عينتها من (٨٨) شخصا، وهم الإداريون والأخصائيون وعاملات التأهيل، موزعين على(١١) مركزا للتأهيل.

وقد تم تطوير أداة الدراسة من قِبل الباحث للإجابة عن الأسئلة الآتية:

١- ما واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة، من حيث: طبيعة الخدمات المقدمة في تلك المراكز، والفئات المستهدفة، والجهات التي تقدم هذه الخدمات؟

٢- ما مدى توافر شروط الفاعلية في هذه الخدمات المقدمة للأفراد ذوي الإعاقة، في ضوء المعايير المشتقّة من الأدب التربوي؟

٣- ما مدى تلبية خدمات التأهيل المجتمعي لحاجات الأفراد ذوي الإعاقة والمجتمع المحلي الفعلية؟

طور الباحث أداة استبانة، مكونة من جزأين، تعتمد على المقابلة في جمع المعلومات، يغطي الجزء الأول منها طبيعة الخدمات المقدمة، وتعداد المستفيدين منها، ومقدمي هذه الخدمات، أما الجزء الثاني فتألف من (٥٩) فقرة موزعة على خمسة مجالات لخدمات التأهيل المجتمعي، هي: خدمات التدخّل المبكّر والوقاية، والخدمات التأهيلية المساندة، وخدمات التربية الخاصة، وخدمات الدمج المدرسي والأكاديمي، وخدمات الدمج والمشاركة المجتمعية.

وتوصلت الدراسة إلى نتائج تمثّلت في الآتي:

١- كان مستوى عدد من المراكز التي تقدم خدمات التأهيل المجتمعي جيدا، إلا أن معظم المراكز التأهيلية تفتقر خدماتها إلى الفاعلية المطلوبة، التي يفترض وجودها من خلال العناصر الأساسية للبرنامج، وما زالت هذه الخدمات لا تلبي حاجات الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم للمجالات الأساسية؛ بسبب عدم وجود تخطيط للخدمات على المستوى المحلي.

٢- أدى توافر مقومات أساسية قوية وداعمة، مثل الأخصائيين وعاملات التأهيل المدربات على نحوٍ جيد، ووجود مؤسسات غير حكومية داعمة للبرنامج، إلى زيادة تطور الخدمات الفنّية على نحوٍ ملحوظ، رغم افتقار مراكز التأهيل للخدمات المطلوبة.

كما قامت المعمري (٢٠٠٠) بدراسة بعنوان " مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان"، وهي دراسة وصفية هدفت إلى تعرف مستوى فاعلية هذه المراكز، وتكون مجتمع الدراسة من جميع مراكز ومدارس التربية الخاصة في سلطنة عمان الحكومية والأهلية، البالغ عددها (١٧) مركزا، تضم (١٧) مديرا، و(٣٣٥) معلما ومعلمةً. بينما تكونت عينة الدراسة من مراكز ومدارس التربية الخاصة الحكومية جميعها في سلطنة عمان، وبلغ عددها (٤) مراكز، وتضمنّت (٤) مديرين، و(١٣٦) معلما ومعلمةً.

وأجابت الدراسة عن الأسئلة الآتية:

- ما مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان؟
- هل هناك فروق في مستوى الفاعلية بين مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان؟
- ما المشكلات التي تحد من فاعلية مراكز التربية الخاصة من وجهة نظر المعلمين؟

واستخدمت الباحثة للإجابة عن أسئلة الدراسة أداتي الاستبانة والمقابلة، حيث تكونت الاستبانة من (١٠٦) فقرات في (٦) أبعاد، هي: المنهاج، والإدارة، والجو التربوي، وخصائص المركز، والتدريس والتدريب، والمعلمين والعاملين في المركز، في حين استخدمت أداة المقابلة مع مديري المراكز ومعلميه، كما تم التأكد من صدق الأداة بالاستئناس برأي (١٢) محكما من حيث صدق المحتوى، والتأكد من ثبات أدوات الدراسة باعتماد أسلوب الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Chronbach Alpha) لأبعاد الأداة وللدرجة الكلية لجميع أفراد عينة الدراسة.

وأظهرت النتائج، بعد جمعها وتحليلها، أن مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان جميعها فعالة في أبعاد الدراسة كلها، فيما عدا بعدي المعلمين والعاملين، حيث كان أعلى المتوسطات لبعد الجو التربوي، ومن ثم جاء بعد الإدارة، وبعد المنهاج، وبعدا خصائص المركز والتدريس والتدريب. وأظهرت النتائج أنه توجد فروق بين مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان على بعد المنهاج؛ فكان لصالح مركز رعاية وتأهيل الأفراد ذوي الإعاقة، ومدرسة التربية الفكرية، ومدرسة الأمل للصم.

كما أشارت النتائج إلى وجود فروق بين مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان على بعد الإدارة؛ لصالح المدرسة الفكرية، ومدرسة الأمل للصم. وأشارت النتائج أيضا إلى وجود فروق بين مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان على بعد الجو التربوي؛ لصالح مدرسة التربية الفكرية، ومدرسة الأمل للصم، وإلى وجود فروق بين مركز التربية الخاصة في سلطنة عمان على بعد "المعلمون والعاملون" في المركز؛ لصالح مدرسة التربية الفكرية.

وأظهرت الدراسة وجود مشكلات تحد من فاعلية مراكز التربية الخاصة من وجهة نظر المعلمين متعلقة بالطلبة؛ بسبب وجود تباين في مستوى الطلبة داخل الصف الواحد، وتعدد نوع الإعاقة والسلوكيات. أما المشكلات من حيث الإعداد، فقد ظهر نقص في إعداد المعلمين وتأهيلهم وتدريبهم، وأما المشكلات المتعلقة بالإدارة، فهي عدم فهم الإدارة لطبيعة العمل ولوازمه. وفي ما يتعلق بمشكلات المركز واللوازم التعليمية، فقد ظهر نقص في اللوازم التعليمية، وأما المشكلات المتعلقة بأولياء الأمور والمجتمع المحلي، فتمثلت في عدم تعاون أولياء الأمور مع المدرسة وعدم تفهم المجتمع لطبيعة الإعاقة.

وفي دراسة اليونسيف (Unicef, 2002) حول وضع الخدمات المتوافرة للأطفال ذوي الإعاقة في الأردن، فقد قيمت المراكز والمؤسسات التي تقدم الخدمات المختلفة للأفراد ذوي الإعاقة المختلفة، وتم الحصول على التغذية الراجعة من الأسر حول الخدمات المقدمة لهم. إضف إلى ذلك أنه تم التعريف بالاستبانة وتوضيح الهدف من الدراسة. كما تم إجراء مقابلات مع (٤٠) أسرة؛ بهدف تعرف وجهة نظرهم في الخدمات التي تقدم لأبنائهم في المؤسسات المختلفة.

وقد تضمنت الاستبانة خمسة أبعاد، هي:

- المؤسسة (من حيث طبيعة الخدمات المقدمة، والدعم أو التمويل، والفئة المستهدفة من الخدمة، والرسوم المترتبة على الفرد، و...إلخ).
- الجهاز العامل/ الكادر (من حيث المؤهلات، والعدد، والتدريب، و...إلخ).
- التسهيلات (مثل: نوع التسهيلات الممنوحة للأفراد، والأجهزة، و...إلخ).
- توزيع المعلومات ونشرها (نوع المعلومات التي يتم تداولها ما بين المؤسسات).
- التوعية الأسرية والتوجيه، والمعلومات حول الإعاقة التي تقدم للأسر.

وقد بينت النتائج وجود أثر كبير في النواحي التعليمية، والعاطفية، وفي النواحي المالية أيضا، كما أبدى الآباء عدم رضاهم عن النقص في الجانب المتعلق بالعلاج الوظيفي، والعلاج النطقي، وتعديل السلوك على وجه الخصوص.

وأجرى دبابنة (٢٠٠٦) دراسة هدفت إلى تقويم خدمات التأهيل المهني للأفراد ذوي الإعاقة السمعية في الأردن. وأعد الباحث استبانة مكونة من جزأين: غطّى أولها الأفراد المستفيدين من خدماتها والعاملين عليها. وتألّفت ثانيها من (55) فقرة، موزعة على ثلاثة جوانب رئيسة، هي: التقييم الأولي لتعرف حالة الإعاقة، والإرشاد والتوجيه المهني، والتدريب المهني.

وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبة كبيرة من المراكز لا تقدم خدمات التأهيل المهني نهائيا، وأن خدمات التأهيل المتوافرة في بعض المراكز لا تعمل على تلبية حاجات الأفراد ذوي الإعاقة النفسية والاجتماعية. فضلاً عن افتقار العاملين في هذه المراكز إلى الخبرة العملية، وإلى الشهادات العلمية؛ مما يضعف عملية التأهيل المهني المرجوة للأفراد ذوي الإعاقة السمعية.

ثانيًا: الدراسات الأجنبية التي تناولت خدمات مراكز التربية الخاصة، والتأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم:

أجرى ويس وريبيتو (Weiss & Repetto, 1997) دراسة حول نتائج بحث الخدمات المساندة التي يتلقاها الطلبة ذوو الإعاقة السمعية في مختلف كليات المجتمع ومراكز التأهيل المهني في ولاية فلوريدا الأمريكية. أخذت العينة من (٢٨) كلية مجتمع، ومن (٣٩) مركز تأهيل مهني. وقد تبين أن الوظائف التي تتطلب مستوى تعليميا لما بعد الثانوية تشكّل ٨٠%، وأن توافر العمل لن يعفيهم من التعليم لما بعد الثانوية. وأن فرص العمل والوظائف المهنية للأفراد ذوي الإعاقة لن تعفيهم من الحاجة إلى التعليم لما بعد الثانوية. وبوجود هذه الحقائق، إضافة إلى زيادة الفرص زاد عدد الطلبة ذوي الإعاقة، الذين يلتحقون بالمعاهد التعليمية. وفي عام ١٩٨٧م، كانت نسبة الأفراد من ذوي الإعاقة الملتحقين بمدارس ما بعد الثانوية ٧%، وفي عام ١٩٩١م، ارتفعت إلى ٩%. وتوصلت هذه الدراسة إلى نتيجة مفادها أن العامل المهم في انتقال الطلبة ذوي الإعاقة من المدرسة الثانوية إلى برامج الكليات يرجع إلى زيادة مشاركة هؤلاء الطلبة في الإعداد وبرامج التأهيل المهني، وكذلك التعاون بين المؤسسات الثانوية والكليات.

وهدفت دراسة الباحثين كندال، بيز، ولارنر (Kendall, Buys & Larner, 2000) إلى الوقوف على خدمات إعادة التأهيل المجتمعي في أستراليا، من منطلق التنفيذ الضعيف لهذه - الخدمات كما لاحظه الباحثون -، ومن منطلق عجز هذه المراكز عن تمكين (Empowerment) الأفراد المستفيدين من الانتفاع منها كما ينبغي. وقد اقترح الباحثون إعادة تعريف التأهيل المجتمعي على نحوٍ يوضح لمقدمي الخدمات أهميته وطبيعته، كما اقترحوا أن تفحص اتجاهات المقدمين بصورة مستمرة نحو التأهيل لضمان حسن تنفيذهم لبرامجه.

كما أجرى شارما وديباك (Sharma & Deepak, 2001) في عام ١٩٩٦م، بهدف تقييم فاعلية برنامج التأهيل المجتمعي في شمال وسط فيتنام ضمن معايير منظمة الصحة العالمية، وكان الغرض من هذا التقييم المجتمعي التوصل إلى ما حققه البرنامج في مجالات العمل التأهيلي المختلف.

وقام الباحثان خلال هذه الدراسة بتطبيق مشروع تجريبي على خمس مقاطعات في شمال وسط فيتنام مدته ثلاث سنوات، واشتمل مجتمع الدراسة وعينته على سكان القرى والمقاطعات والسكان المحليين من أعضاء المجالس الوطني لتأهيل المجتمع المحلي، وكان مموله الاتحاد الأوروبي.

ومن خلال استخدام المقابلة شبة المقننة، والاستبانة، تم تقييم (٢٣) فردا ذوي إعاقة، وتمثلت أسئلة الدراسة في الآتي:

- ما هي بعض المجالات التي نعتقد أن البرنامج يمكن أن يوطدها على مدى السنوات الثلاث المقبلة (الفرص)؟
- ما هي بعض المعيقات التي نعتقد أن البرنامج سيواجهها في خلال السنوات الثلاث القادمة (التهديدات)؟

حيث قام الباحثان بإجراء المقابلات بصورة عشوائية مع اثنين من أعضاء اللجان المحلية لمراكز التأهيل المجتمعي في كل مقاطعة من المقاطعات الخمسة، ومع العاملين جميعهم في مراكز البلديات، ومع ثلاثة مشرفين في مراكز القرى، ومع إحد عشر فردا ذوي إعاقة (خمسة كبار، وستة صغار)، ومع اثنين من أسر الأفراد ذوي الإعاقة.

وباستخدام أسلوب تح ليل نتائج وتفسيرها (SWOT) المتمثلة في: الفرص، والتهديدات، ونقاط القوة، ونقاط الضعف، تم تعبئة النموذج بالعناصر الخمسة الآتية: الموارد المتاحة، ونقل المعرفة، والمشاركة المجتمعية، وتعزيز خدمات الإحالة، وتعزيز التشبيك المجتمعي. وقد تم تقييم ٢٣ فردا من ذوي الإعاقة، واشتمل تقييمهم على معايير الأداء الآتية: مهارات الحياة اليومية، والمساعدة الذاتية، واللعب، والتعليم، والمشاركة في الأنشطة الأسرية، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية، والتدريب المهني. وبعد توزيع الاستبانة على عينة الدراسة وتحليلها، كانت أبرز النتائج للإجابة عن الأسئلة المطروحة كما يأتي:

للإجابة عن الأسئلة المطروحة، أظهرت النتائج الآتية:

- استخدام الموارد المتاحة: ظهر هذا العنصر كعنصر قوة؛ لما يتوافر في هذه المراكز من أجهزة وأدوات خاصة ببرامج التأهيل المجتمعي في شمال وسط فيتنام، من مثل: وجود العكازات وغيرها من المواد المساعدة، التي تم تدريب وتأهيل العاملين المحليين وإعادة

تأهيلهم في المستقبل على استخدامها من قبل منظمة الصحة لعالمية. علما أنه لو تم توفير دعم وتمويل محلي على نحوٍ أكبر لاستفاد البرنامج أكثر.

- نقل المعرفة عن الإعاقات: يعد هذا العنصر جديد الطرح في منظمة الصحة العالمية، وقد كان الهدف منه في هذه الدراسة تعرف أعداد الأفراد ذوي الإعاقة في شمال ووسط فيتنام، حيث تم تدريب العاملين محليا على كيفية إجراء المسح الميداني. وبتطبيقه حصرت أعداد الأفراد ذوي الإعاقة في المجتمع المحلي، وتغيرت وجهات نظر الكثير من أفراد المجتمع نحو الأفراد ذوي الإعاقة، فضلاً عن أن هذا المسح هيأ للباحثين العاملين مع السلطات المحلية فرصة المطالبة بتخصيص تمويل لدعم نتائجه.
- أظهرت نتائج عنصر المشاركة المجتمعية في هذا البرنامج، أنه عنصر ضعف؛ نظرا لعوامل عدة متصلة بالبيئة الثقافية والمعيقات المجتمعية.
- اكتسب عنصر تعزيز الإحالات ومنظومة البرنامج التحويلي في برامج التأهيل المجتمعي لمنظمة الصحة العالمية قوة، مما شجع على تعميمه على القطاعات التأهيلية المجتمعية؛ كونه يشكل سلسلة منظمة من التحويلات للرعاية الصحية الأولية وغيرها.
- ظهر عنصر التشبيك المجتمعي في هذا البرنامج كعنصر ضعف، ويعزى ذلك إلى حاجة عملية التشبيك إلى اللغة التواصلية، التي هي مفقودة في برنامج التأهيل.

أظهرت نتائج هذه الدراسة جوانب قوة خلال جمع البيانات، تمثلت في إنتاج الوسائل التأهيلية المساعدة، وتفعيل نظام التحويل خارج المؤسسة للأفراد ذوي الإعاقة، إضافة للعمل على تدريب مشرفين وأعضاء فريق التأهيل المجتمعي؛ لرفع كفائتهم المهنية، وجعلهم أعضاء مدربين في برنامج التأهيل المجتمعي.

كما أظهرت الدراسة جوانب ضعف في البرنامج في أثناء جمع البيانات، وتمثل ذلك في عدم كفاية الدخول لأسر الأفراد ذوي الإعاقة، وعدم وجود دعم فني كافٍ للأسر؛ بسبب ضغط العمل على عاملي التأهيل، وكذلك عدم انتظام اجتماعات اللجنة التوجيهية، والعمل على التخطيط المركزي أحيانـًا بخلاف التوجهات التي تنادي بها منظمة الصحة العالمية.

كما تزيد فاعلية البرنامج من خلال العمل على تأمين فرص الدعم الفني والإداري ماديا، وتفعيل دور مشاركات مؤسسات المجتمع المحلي في البرنامج التأهيلي، والسعي وراء تدريب عاملي التأهيل المجتمعي على الجانب الصحي، والعمل على رفع المكافآت والحوافز المادية والمعنوية لعمال التأهيل المجتمعي.

وأجرى زهو وديتك (Zhou & Deng, 2001) من جامعة العلوم الطبية في جمهورية الصين، دراسة وصفية نفذا من خلالها التجربة الصينية لبرنامج التأهيل المجتمعي في الريف، تحت رعاية لجنة إدارة الدواء والتأهيل، وطبقت الدراسة في شارع جين هوا الواقع في مدينة كانتون؛ إذ أجريا مسحا لسكان الشارع المذكور بهدف تحديد أعداد الأفراد ذوي الإعاقة. فكان عددهم (٣٣٤) شخصاً وبنسبة ١,١٥% من حجم المجتمع. وفي أثناء الدراسة قام الباحث بتدريب الأفراد ذوي الإعاقة أصحاب الإعاقات الأكثر شيوعا، وهي: (شلل الأطفال، والشلل الدماغي، وإصابات النخاع العصبي) في منزل التدريب الوظيفي (فالج)؛ لتحفيزهم ودمجهم في المجتمع. وبعد مرور سنتين حقق المشروع تحسنًا في الأداء بنسبة ٩٠%، فتم في عام ١٩٨٧م تعميمها على مساحة أكبر وتطبيقها على ذوي الإعاقات العقلية والنفسية، وفي غضون الخمس سنوات تم تدريب (١٠٥) معاق.

تلا ذلك تقييم للمشروع، واستخدم فيه الباحثان أداتي الاستبانة والمقابلة، وكانت نتائجه كما يأتي:

- تغير في مواقف المجتمع تجاه الأفراد ذوي الإعاقة والاهتمام بهم،وتفهم مشكلاتهم.
- كون الأفراد ذوي الإعاقة نظرة أكثر إيجابية للحياة، وزادت ثقتهم بأنفسهم واستقلاليتهم في الأنشطة اليومية.
- زيادة وفرة تقديم خدمات للأفراد ذوي الإعاقة وبتكلفة أقل، حيث أصبحت الخدمات أيسر منالاً وأقل كلفة؛ ما أدى إلى خفض الأعباء المالية والاقتصادية على الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم.
- الإفادة من دعم المجتمع بمكوناته المختلفة وتقاليده، والاعتماد عليها في ما يتعلق بخدمات إعادة التأهيل.
- بدأ في عام ١٩٩٠م تنفيذ برنامج تأهيل مجتمعي لخريجي جامعة العلوم الطبية.

قام واهمان، بارسوز، ويلسون (Wehman, Barcus & Wilson, 2002)، بدراسة مسحية للحاجات التدريبية والدعم الفني لمقدمي خدمات التأهيل المجتمعي. وهدفت هذه الدراسة إلى تعرف الحاجات التدريبية والدعم الفني لمقدمي خدمات التأهيل المجتمعي في الولايات المتحدة الأمريكية، وكانت على المستوى الوطني في (٤٦) ولاية ومحافظة كولومبيا؛ لتستفيد من هذا المسح التدريبي المنظمات والمعنيون من أفراد المجتمع المحلي القائمون على خدمات التأهيل المجتمعي.

تم تطوير أداة الاستبانة من قِبل فريق مختص مهني وتربوي وأعضاء من مقدمي خدمات التأهيل المجتمعي وأعضاء من أسر الأفراد ذوي الإعاقة والأفراد أنفسهم، إضافة إلى استشارة خبراء من الجامعات في تصميم أداة هذه الدراسة المسحية؛ وذلك لتصميم الأداة ومحتواها وطريقة استخدامها لرصد الاحتياجات التدريبية لمقدمي خدمات التأهيل المجتمعي.

وقد أجريت الدراسة المسحية خلال (٣) أشهر لتحديد الآتي:

١- الاحتياجات التدريبية في موضوعات متخصصة.

٢-النمط التدريبي الأكثر رغبة فيه.

وتم تقسيم الدراسة المسحية إلى (٣) مستويات، تمثّلت في الآتي:

١- نمط التدريب. ٢- محتوى التدريب.

٣- التوزيع الجغرافي للمستجيبين على الأداة.

وتكونت الأداة من خمسة أجزاء رئيسة، هي:

١- قبل الخدمة. ٢- في أثناء الخدمة.

٣- الاجتماعات الوطنية. ٤- المصادر المكتوبة.

٥- المصادر الإعلامية.

وجزئ المحتوى إلى (١٢) جزءا فرعيا على النحو الآتي:

١- القانون الأمريكي للمعاقين ADA. ٢- التقويم.

٣- التكنولوجيا الداعمة أو المساندة. ٤- تمكين الأفراد ذوي الإعاقة من المجتمع.

٥- الأنماط الاقتصادية والمجتمعية. ٦- تمويل المشاريع.

٧- دعم مكان العمل. ٨- التسويق والتطوير المهني.

٩- الدعم الطبيعي. ١٠- القانون والسياسة.

١١- الأمن الاجتماعي. ١٢- الانتقال من المدرسة إلى العمل.

وتم توزيع الأداة على (٩٧٥) مشاركـًا بوساطة إرسالها إلى بريدهم الإلكتروني، وقام الباحثون بتذكيرهم بعد (٦٠) يوما برسالة لبريدهم ومهاتفتهم. فكانت العينة المستجيبين من مقدمي خدمات التأهيل (مديري المراكز، الأخصائيين، المشرفين، العاملين)، التي طُبقت الأداة عليها، (٢٧٧) شخصا، أما نسبة الاستجابة، فكانت ٣٠% من الأفراد، و١/٣ الاستجابات كانت من المناطق الريفية. وأظهرت النتائج تحديد احتياجات تدريبية عليا مثل: ورشات العمل، والتدريب المستمر، والإطلاع مع مستجدات البحث المعني بإعادة التأهيل، واحتياجات تدريبية دنيا مثل: إستراتيجيات نحو المقدمين في عملهم، وتسهيل إستخدام التكنولوجيا.

وهدفت دراسة شارما (Sharma, 2004) إلى مناقشة بعض الطرائق والأساليب الناجحة في تقويم مادة التأهيل المجتمعي، وقد حال في هذه الدراسة الأساليب النوعية المتعلقة بتقويم برامج التأهيل المجتمعي.

وأظهر الباحث صعوبة في استخدام نموذج التقييم الكمي في تطبيق تقييم برنامج التأهيل المجتمعي؛ مرجعا سبب ذلك إلى عدم امتلاك الموظفين التدريب الكافي في التعامل مع هذا النموذج، إضافة إلى أن المنهج الكمي يحتاج إلى مستوى عالٍ من الاعتماد على تطور التكنولوجيا خلال استخدام أدوات القياس وتحليل البيانات في استخدام الإحصاءات، في حين أن استخدام المنهج النوعي يعتمد في التقييم على المشاركة أو المشاركين قيد الدراسات، ويظهر عدم استخدام التكنولوجيا في التحليل والإحصاء؛ إذ يقوم به محللون. لذا، تمثل هدف هذه الدراسة في مناقشة الأساليب النوعية لتقييم برامج التأهيل المجتمعي في البلدان النامية.

وذكر الباحث تلك الأساليب النوعية لتقييم برامج التأهيل المجتمعي، كدراسات الحالة ومجموعات التركيز وتحليل المحتوى والمقابلات غير الرسمية. وقد أشارت النتائج إلى جدوى هذه الأساليب ودورها في كشف واقع التأهيل المجتمعي، من حيث تقييمها وعينتها وطرق جمع البيانات فيها وتحليلها وتفسيرها. ولم تَدع الدراسة إلى إهمال الأساليب الكمية، وإنما دعت إلى جعل هذه الأساليب تسير جنبا إلى جنب مع الأساليب النوعية.

قام كلاً من هارتلي، اجوانج، باجيويمي، داملیرا، شافيتا (Hartly, Ojwang, Chavuta, Baguwemu, Ddamlira & 2005) بدراسة بعنوان "كيف يوجه مقدمو الخدمات خدماتهم للأطفال ذوي الإعاقة، من وجهة نظر الأوغنديين". وهدفت هذه الدراسة إلى العمل على زيادة المعرفة والوعي لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة؛ بهدف معرفة كيفية تقديم خدمات التأهيل لأطفالهم ذوي الإعاقة، والعمل على تطويرها داخل منازلهم.

قام الباحثون بتصميم أداتي (الاستبانة المعتمدة على المقابلة، والملاحظة المباشرة) في دراستهم الوصفية الظاهراتية، للإجابة عن الأسئلة الآتية:

١- ما الممارسات والمعتقدات التقليدية المتعلقة بالأطفال ذوي الإعاقة في ثلاث مقاطعات من أوغندا؟

٢- ما استراتيجيات المواجهة التقليدية لهذه الأسر؟

٣- كيف تتفق هذه الممارسات الحالية عمليا مع التأهيل المجتمعي من الناحية العملية؟

٤- هل يمكن أن تستخدم هذه الممارسات كأساس لتعديل التفكير في تقديم الخدمات الحالية؟ وإذا كان الأمر كذلك، فكيف؟

وتمت الدراسة على (٣) مقاطعات في أوغندا (اثنتين ريفيتين، وواحدة حضرية)، وتكونت عينة الدراسة من (٥٢) شخصا من مقدمي الرعاية، يقدمون خدمات إلى أنواع خمسة من الإعاقات:(7) إعاقات بصرية، (٨) إعاقات سمعية، (١٢) إعاقة جسمية وصحية، وإلى (٣٨) أسرة أطفالها من ذوي الإعاقة: (١٤) أمهات، و(٢) آباء، و(٥) أمهات وآباء، (٣) أشقاء، (٤) أوصياء على الأطفال ذوي الإعاقة، وكذلك شملت الدراسة حالات الصرع.

وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن هناك العديد من الأطفال ذوي الإعاقة ترعاهم أسرهم، ويحتاجون إلى الكثير من الوقت لرعايتهم والمصاريف لعلاجهم، كما أن العائلات التي لديها أكثر من فرد ذي إعاقة تتضاعف أعباؤها والتزاماتها الرئيسة، مما يؤدي إلى عدم قدرتها على تقديم المتطلبات الأساسية لأطفالها، كما أظهرت النتائج أن القرارات المتعلقة بالأفراد ذوي الإعاقة لا تصدر عنهم، وأن الرعاية والاهتمام بهؤلاء الأطفال يقع على عاتق النساء فقط.

وأوصت الدراسة بضرورة الانتقال من تركيز التأهيل على الفرد ذي الإعاقة ليشمل التركيز على العائلة بأكملها، وضرورة توفير المعلومات الدقيقة عن الأسباب المؤدية للإعاقة وطرق الوقاية منها، كما أوصت بضرورة إشراك الآباء مع الأمهات في اتخاذ التدابير اللازمة

التي تخص الفرد ذي الإعاقة ضمن أسرته، واتباع هذا المنهج يؤدي إلى تقدم العمل الإيجابي وتطوره في الممارسات التأهيلية، مما يزيد من فرص المشاركات الاجتماعية وتعزيز الثقة والاحترام للفرد ذي الإعاقة من قِبل المجتمع، وتعمل على تحقيق التكامل الشمولي لمفهوم التأهيل المجتمعي المحلي، مما يؤدي بالتالي إلى انتشاره في أماكن متعددة لم يصلها التأهيل بعد.

قام سين وكولدبيرت (Sen & Goldbert, 2005) بتقديم دراسة عنوانها "تجربة الهند في شراكة العمل بين التأهيل وأسر الأطفال ذوي الإعاقة في الريف والمدينة"، وكانت هذه الدراسة بمشاركة قطاعات محلية للعمل مع أسر الأفراد ذوي الإعاقة في مدينة كوالكاتا الهندية.

واقتصر الباحثان في أداة الاستبانة، التي استخدماها في دراستهما، على أمهات الأطفال ذوي الإعاقة. وتتلخص أهداف هذه الدراسة في الآتي:

- عرض تجربة التأهيل المجتمعي لأسر الأفراد ذوي الإعاقة قليلي الدخل والثقافة في هذه المنطقة، حيث قاموا بتقديم برنامج تأهيلي لهم داخل منازلهم.
- تحديد الاحتياجات والخدمات الملائمة لأسر الأفراد ذوي الإعاقة؛ وذلك لتحسين أوضاعهم اليومية.
- توثيق المعلومات حول أعداد الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في تلك المنطقة، وإعطاء معلومات وافية حول برامج التأهيل المجتمعي في تلك المنطقة.

٤- العمل على إيجاد المشاريع التأهيلية اللازمة للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم.

٥- تقديم ما توصلت إليه الدراسة من نتائج إلى صانعي القرار وراسمي السياسات؛ لإيجاد الحلول الممكنة والمتاحة لتأهيل الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم.

قام أعضاء مجتمع التأهيل بزيارة (١٣) حيا فقيرا مسجلاً لديهم وغير مسجل، وضم كل حي من (٢٠-١٥٠) عائلة فقيرة، وتم تقديم أداة الدراسة (الاستبانة) لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة من أجل تقييم حاجاتهم التأهيلية. وتمثلت نتائج هذه الدراسة في الآتي:

١- عدم تماثل مجتمع الحضر في مستوى الفقر.

٢- قلة وجود مدارس ومؤسسات تعليمية خاصة في تلك المناطق.

٣- قلة العمل لدى بعض أولياء الأمور؛ لتلبية أو سد احتياجات أبنائهم الأساسية.

٤- قلة التشبيك بين المؤسسات المحلية وغير المحلية الداعمة للعمل التأهيلي.

وقد أوصى الباحثان بإيجاد مشاريع تدعم الوضع الاقتصادي، والاجتماعي، والثقافي للأفراد ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر في مجتمع الدراسة. من خلال تأمين مدارس خاصة لهم وإيجاد فرص عمل لأسرهم، والعمل على زيادة التشبيك بين قطاعات التأهيل المختلفة المحلية وغير المحلية، مع إشراك أعضاء من المجتمع المحلي إضافة إلى أسر الأفراد ذوي الإعاقة.

كما قام الباحثون هيرمان، أُناجا، بيرنايس، وأوه سومين (Herman, Onaga, Pernice, Oh SuMin & Ferguson, 2005) ، بدراسة عنوانها "اتجاهات المجتمع في تأهيل برامج التأهيل المنزلي من وجهة نظر مقدمي الخدمات ومتلقيها"، واستخدم الباحثون أداة تقيمية أجاب عنها (١٨) من مقدمي خدمات برامج التأهيل المنزلي ومتلقيها، تهدف إلى تعرف اتجاهات المجتمع المحلي نحو تلك البرامج.

حيث حدد مقدمو خدمات التأهيل المنزلي أربعة عناصر للبرنامج، تمثلت في:

١- التحسن الملموس. ٢- التواصل الاجتماعي.

٣- العضوية للبرنامج. ٤- القوانين والتعليمات في البرنامج.

وركّزوا على عنصر التحسن، كما رأوا أن البرنامج يعتمد على عنصر التواصل الاجتماعي. في حين أن متلقي خدمات التأهيل المنزلي قد حددوا أربعة عناصر للبرنامج، وهي:

١- الانتساب ودعم مقدمي الخدمات. ٢- تبادل الخبرات.

٣- منظمات التأهيل. ٤- القوانين والأنظمة في البرنامج.

وأظهرت النتائج أن فكرة مقدمي الخدمات نحو التأهيل المنزلي غير واضحة من حيث قوانين البرنامج وتعليماتهم، ونحو مشاركة واضعي السياسات والمنظمات للمسؤوليات في البرنامج.

وأن مقدمي الخدمات يركزون في تدريبهم على المهارات الأساسية المتضمنة في خصائص برنامج التأهيل المنزلي.

وخرج الباحثون بتوصيات نظرية بين الأفكار من وجه نظر مقدمي الخدمات ومتلقيها؛ لوضع توصيات مستقبلية عملية.

وقد قام الباحثون هويليز، ماديل، داراه، ارين، وريفارد (Hoilis, Madill, Darrah, Warren & Rivard, 2006) بإجراء دراسة رصد حول "خبرات المعالجين الكنديين في خدمات التأهيل المجتمعي". في منطقتي البايرتا وساسكتشيوان في كندا (Alberta and Saskatchewan)، واستخدم الباحثون عينة مكونة من (٤٩) معالجا طبيعيا ووظيفيا، قاموا بمناقشة خبراتهم في خدمات التأهيل والصحة المجتمعية موضحين أن استراتيجية الصحة، والزيادة في أعداد ونسب المجتمعات، قد خلقت تغيرات كبيرة في تقديم خدمات التأهيل المجتمعي في جانب الخدمات الصحية للسنوات الحالية.

وتمثلت أهداف الدراسة في الآتي:

- العمل على إيصال خدمات التأهيل المجتمعي إلى المنتفعين منها في منازلهم.
- إسهام التأهيل المجتمعي في منع دخول الحالات إلى مستشفيات التأهيل (طويلة الأمد) أو الحد منها.
- تحمل المعالجين مسؤولية تنسيق خدمات المشكلات الصعبة من الحالات.
- عمل كل أشكال الدعم للمنتفعين من الخدمات؛ للمحافظة على صحتهم.
- التأثير في المتطلبات الأساسية من أجل خدمة متطلبات المنتفعين من الخدمات.

وعند تطبيق سياسة التأهيل المجتمعي في المراكز والمنازل للحالات المسجلة وغير المسجلة، لاحظ المعالجون في دراستهم في منطقتي البايرتا وساسكتشيوان أن عدد الحالات التي تتلقى خدمات التأهيل في المستشفيات (طويلة الأمد) من خلال إحصاءات مديرية الصحة في تلك المنطقتين، قد قلت مع وجود مراكز للتأهيل المجتمعي في منطقة سكنهم؛ ففي عام ١٩٩٢م كان معدل جلوس المرضى في المستشفيات ٨,٨ أيام، بينما في عام ٢٠٠٠/٢٠٠١م أظهرت النتائج أن معدل جلوس المرضى وصل إلى ٧,٥ أيام.

حيث لاحظ المعالجون عند مقارنة النتائج مع المعدل العالمي أن أيام مكوث الحالات في المستشفيات (طويلة الأمد) أقل في السنوات الحالية عنها في السنوات السابقة. وكذلك أن الأفراد الذين يتلقون الخدمات العقلية والصحية قلت أيام مكوثهم في المستشفيات من ٤٣ يوما إلى ٢٤~٢٨ يوما.

كذلك أظهرت النتائج أن الخدمات التي تقدم للحالات داخل المستشفيات (طويلة الأمد) لتلقي العلاجات قد قلت نتيجة لمقارنة ذلك بأعدادهم، فوصل دخول الحالات للمستشفيات التأهيلية (طويلة الأمد) في عام ١٩٩٢~١٩٩٦م إلى (١٥٣٠٠٠) حالة، في حين أصبح عددهم في عام ٢٠٠٠/٢٠٠١م إلى (١١٥٠٠٠) حالة. وفي الفترة نفسها ارتفع عدد المسجلين في مراكز التأهيل المجتمعي من (١٤) ألف حتى (٢٠) ألف حالة.

توضح هذه الأرقام تأثير الخدمات المجتمعية في تقليل مدة البقاء داخل المستشفيات التأهيلية (طويلة الأمد)، إضافة لتجنب دخول الحالات غير الضرورية، وكذلك تتيح تقديم خدمات التأهيل (قصيرة الأمد) إلى عدد أكبر من الأفراد المنتفعين من التأهيل المجتمعي نتيجة لازدياد الطلب عليها.

ملخص الدراسات السابقة

وهكذا، يتضح مما ذكر في الدراسات السابقة الاهتمام المحلي والإقليمي والدولي في تقييم الخدمات والبرامج المقدمة في مؤسسات التربية الخاصة، مثل: دراسة درادريان (١٩٩٤)، والصمادي وآخرين (١٩٩٧)، والمعمري (٢٠٠٠)، واليونسيف (Unicef, 2002). ونال تقييم مستوى فاعلية مراكز التأهيل المهني جانبا من الاهتمام، كدراسة الخطيب (١٩٩١)، وويس وريبيتو (Weiss & Repetto, 1997) ، ودبابنة (٢٠٠٦). وحظي التأهيل المجتمعي باهتمام بالغ النظير في الأدب التربوي عربيا وأجنبيا، على الرغم من شح الدراسات في ذلك الشأن محليا وإقليميا، فقد نال حظ وافرا باهتمام الباحثيين على مستوى أجنبي. وظهر هذا الاهتمام جليا واضحا في تقييم فاعلية برامجه، كدراسة عز الدين (١٩٩٩)، وشارما وديباك (Sharma & Deepak, 2001)، في حين ركزت دراسات على البحث في مستوى خدماته والوقوف عليها، كدراسة كندال وآخرين (Kendall et al, 2000)، وهيرمان وآخرين (Herman et al, 2005). بينما اتجهت دراسات في عرض تجارب وخبرات الدول في مجال العمل في التأهيل المجتمعي، كدراسة زهو ودينك (Zhou & Deng, 2001) ، وسين وكولدبيرت (Sen & Goldbert, 2005)، وهويليز وآخرين (Hoilis et al, 2006). في حين اتجه بعض الباحثيين في دراسة التأهيل المجتمعي من حيث مسح الحاجات التدريبية لمقدمي خدماتها، كدراسة واهمان وآخرين (Wehman et al, 2002) كما وبحثت دراسات في طرق وأساليب تقييم برامج وخدمات التأهيل المجتمعي، مثل: دراسة شارما (Sharma, 2004) ، وهارتلي وأخرون (Hartly et al, 2005). وقد انفردت هذه الدراسة في هدفها، من حيث تقييم واقع خدمات مراكز التأهيل المجتمعي في

الأردن، كما واستخدم الباحث أداة الاستبانة مع الأفراد العاملين والمنتفعين (أفراد ذوي إعاقة وأسرهم) من خدماتها.

ولقد أفادت هذه الدراسة من الدراسات السابقة في تكوين الإطار النظري لها، وطرح الأسئلة، وتحديد مقياس الدراسة وأبعادها، فظهرت الإفادة من حيث تحديد أبعاده وبناءه كدراسة دردريان (١٩٩٤)، ودراسة الصمادي وآخرين (١٩٩٧)، ودراسة المعمري (٢٠٠٠)، ودراسة اليونسيف (Unicef, 2002)، ودراسة هيرمان وآخرين (Herman et al, 2005). وفي الشأن ذاته، أفادت هذه الدراسة في تصميمها مع بعض الدراسات السابقة وفي بعض متغيراتها مثل دراستي: المعمري (٢٠٠٢)، وسين وكولدبيرت (Sen & Goldbert, 2005).

ولهذا، جاءت هذه الدراسة لتشمل معظم جوانب التأهيل المجتمعي من حيث منهجيته وعينته وأدواته؛ كي تسهم في التعرف على واقع ما تقدمه مراكز التأهيل من الخدمات وبرامج في مراكز تأهيل المجتمع المحلي للأفراد المنتفعين منها، ولتضيف دراسة جديدة إلى هذه الدراسات على الصعيد المحلي والصعيد الدولي؛ للوصول إلى المزيد من المعلومات والحقائق حول مستوى جودة تقديم خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد المنتفعين منها.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الطريقة والإجراءات

تناول هذا الفصل مجتمع الدراسة وعينتها ومنهجيّة البحث من حيث وصف الأدوات المستخدمة وطريقة بنائها وصدقها وثباتها وإجراءات تنفيذها وتصميمها والمعالجة الإحصائيّة المستخدمة ومتغيّرات الدراسة.

مجتمع الدراسة وعينتها:

تكون مجتمع الدراسة من جميع الأفراد العاملين (أخصائيين، ومتطوعين) في خدمات التأهيل، البالغ عددهم (١٦٢) فردا، موضحا في الملحق (٢)،(٣)، الموزعين على مراكز التأهيل المجتمعي العشرة التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، ومن الأفراد المنتفعين (الأفراد ذوي الإعاقة أو أسرهم) من خدماتها، البالغ عددهم (٥٧٧٣) منتفعا، كما في الملحق (٤)، حيث بلغ مجتمع الدراسة (٥٩٣٥) فردا من العاملين على الخدمات والمنتفعين منها، موزعين حسب مناطق تواجدهم وأعدادهم في الجدول(٣) أدناه:

الجدول (٣)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة على مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن

اسم المركز		سوف	جرش	الحصن	البقعة	وقاص	الطالبية	حطين	إربد	الوحدات	الزرقاء	المجموع	عدد أفراد مجتمع الدراسة
مكان المركز		جرش	جرش	إربد	شمال عمان	الأغوار الشمالية	جنوب عمان	الزرقاء	إربد	شرق عمان	الزرقاء		
الأفراد العاملون	عدد الأخصائي	٣	٣	٣	٣	٣	٤	٣	٣	٩	٣	٣٧	١٦٢ عامل
	عدد المتطوعات	١٠	١٣	١٠	٢٤	٥	١٢	١٢	١٥	١٨	٦	١٢٥	
الأفراد المنتفعون		٣٨٩	٨٠٠	٦٨٨	٧٧٤	٤٣٤	٧٤٥	٤٢٠	٦٧٨	٥٧٧	٢٦٨	٥٧٧٣ منتفع	
مجموع مجتمع الدراسة		٣٩٨	٨١٦	٧٠١	٨٠١	٤٤٢	٧٦١	٤٣٥	٦٩٦	٦٠٤	٢٧٧	**٥٩٣٥ فردًا من العاملين والمنتفعين**	

يوضح الجدول (٣) توزيع مجتمع الدراسة من العاملين والمنتفعين حسب منطقة تقديم الخدمة خلال الفصل الثاني من عام ٢٠٠٨ ~ ٢٠٠٩م

وبلغت عينة الدراسة (٤٣٠) فردا من الأفـراد العـاملين والمنتفعـين، اختيرالأفـراد المنتفعين بطريقة عشوائية منتظمة (Systematic Random Sample)، حيث تكونت من مقـدمي الخدمات (الأخصائيين والمتطوعات) البالغ عددهم (١٦٢) فردا، وأستثنى منهم (٨) أفراد؛ تجنبا لتحيزهم في الاستجابة على أداة الدراسة، ليصبح عدد المستجيبين على الأداة (١٥٤) فردا، ومن الأفراد المنتفعين (الأفراد ذوي الإعاقة و/ أو أسرهم) ممن يتلقون خدمات تأهيل مـن المراكـز على مدار العام. وبعد استثناء الأفراد المنتفعين من خدمات التأهيل المجتمعـي؛ بـسبب تلقـيهم خدمة جزئية (قصيرة الأمد) ومنقطعة، يصبح عدد الأفراد المنتفعين (٢٠١٤) منتفعا، فوزعـت الأداة على عينة الأفراد المنتفعين البالغ عددهم (٤٠٥) منتفعا من خدمات المراكز علـى مـدار العام، تم توزيع أداة الدراسة على ما نسبته ٢٠% منهم (٥% من الأفراد، و١٥% من أسرهم)، ثم استثني منهم (١٢٩) فردا؛ لعدم اكتمال المعلومات و/ أو لعدم جديـة المـستجيب علـى أداة الدراسة و/ أو لعدم استجابة المنتفع، منهم (٧٦) فردا ذو إعاقة، و(٥٣) من أسر الأفراد، فأصبح عدد المستجيبين على الأداة (٢٧٦) منتفعا، منهم (٥٩) فردا ذو إعاقة، و(٢١٧) أسرة، بما نسبته (٦٨%) من عينة الأفراد المنتفعين، كما هو موضح في الجدول (٤) أدناه:

الجدول(٤)

أفراد عينة الدراسة من الأفراد العاملين والمنتفعين، الموزعين حسب عدد الاستبانات المسترجعة من مراكز التأهيل المجتمعي خلال الفصل الثاني من عام ٢٠٠٨/ ٢٠٠٩م

المركز	عينة الدراسة من العاملين			عينة الدراسة من الأفراد المنتفعين					
	الاستبانات الموزعة على الأخصائيون	الاستبانات الموزعة على المتطوّعون	عدد الاستبيانات المسترجعة	مجتمع الأفراد المنتفعين	المستثنيين من خدمات التأهيل المجتمعي	عدد الأفراد المنتفعين من الخدمات على مدار العام	الاستبانات الموزعة على الأفراد ما نسبتهم ٥ %	الاستبانات الموزعة على الأسر ما نسبتهم ١٥ %	عدد الاستبيانات المسترجعة
سوف	٣	١٠	١٢	٣٨٩	٢٠٩	١٨٠	٩	٢٧	٢٦
جرش	٣	١٣	١٦	٨٠٠	٤٧٣	٣٢٧	١٦	٤٩	٣٩
الحصن	٣	١٠	١٣	٦٨٨	٤٩٦	١٩٢	١٠	٢٩	٢٧
البقعة	٣	٢٤	٢٦	٧٧٤	٤٦٠	٣١٤	١٦	٤٧	٤٨
وقاص	٣	٥	٨	٤٣٤	٣٣٣	١٠١	٥	١٥	١٣
الطالبية	٤	١٢	١٤	٧٤٥	٥٧٣	١٧٢	٩	٢٦	٢١
حطين	٣	١٢	١٥	٤٢٠	٢٣٣	١٨٧	٩	٢٨	٢٦
إربد	٣	١٥	١٨	٦٧٨	٣٩٧	٢٨١	١٤	٤٢	٤٢

الوحدات	٩	١٨	٢٤	٥٧٧	٤٠٧	١٧٠	٩	٢٦	٢٣
الزرقاء	٣	٦	٨	٢٦٨	١٧٨	٩٠	٥	١٤	١١
المجموع	٣٧	١٢٥	١٥٤	٥٩٣١	٣٧٥٩	٢٠١٤	١٠٢	٣٠٣	٢٧٦
الإجمالي	١٦٢ مقدم خدمة تأهيل		**١٥٤ فرد عامل**	٢٠١٤ فرد منتفع من الخدمات			٤٠٥ فرد تسلم الأداة		**٢٧٦ فرد مستجيبًا**
المجموع	**٤٣٠** فردًا من الأفراد العاملين والمنتفعين								

أداة الدراسة ووصفها:

بغية تحقيق أهداف الدراسة، والإجابة عن أسئلتها، أعد الباحث استبانة لرصد واقع الخدمات المقدمة إلى الأفراد ذوي الإعاقة في مراكز التأهيل المجتمعي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، ومن خلال عمل الباحث كأحد أعضاء فريق الأخصائيين لمراكز التأهيل المجتمعي وصلته بمجال العمل التأهيلي؛ فقد تمت صياغة الاستبانة على شكل فقرات بعد استبعاد الجمل المتشابهة من حيث المحتوى والأفكار، إلى أن تم إيصال الأداة إلى صورتها التي تفي بغايات الدراسة، المتمثلة في تعرف واقع الخدمات التأهيلية للعمل مع الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز التأهيل المجتمعي (مجتمع الدراسة). وقد إعد الباحث الاستبانة وفقًا للخطوات الآتية:

١- مراجعة الوثائق الرسمية (official documents): تمت مراجعة البيانات الموجودة في الملفات والسجلات (التقارير، والاستبيانات)، وتفريغها في نموذج تفريغ بيانات المراكز انظر الملحق (٥)، من دائرة الإغاثة والخدمات الاجتماعية في وكالة الغوث الدولية UNRWA، ولجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي (The Higher Coordination) ، والمؤسسة السويدية للإغاثة الفردية (The SWEDISH Organization for Individual relief (IM))، ومراكز التأهيل المجتمعي (Community - Based Rehabilitation Center) في الأردن.

٢- استطلاع آراء العاملين والمهتمين ممن لهم تجارب عملية أو علمية في التأهيل المجتمعي أو صانعي القرارات في مجال التأهيل المجتمعي، ثم الرجوع إلى الأدب التربوي السابق المرتبط بموضوع تقييم فاعلية خدمات مراكز التأهيل المجتمعي، إضافة إلى الاطلاع على مقاييس عدة تم تطويرها في البيئة العربية (دردريان، ١٩٩٤م؛ وعز الدين، ١٩٩٩م؛ Unicef, 2002؛ ودبابنة، ٢٠٠٦م).

٣- تحديد المحاور الأساسية التي ستغطيها الأداة، وبلغت ستة محاور.

٤- كتابة فقرات على كل محور من محاور الدراسة، التي تألفت منها أداة الاستبانة، وبلغت في صورتها الأولية (١٧٥) فقرة.

٥- عرض فقرات الاستبانة على ثمانية عشر محكما مختصا في مجال التأهيـل المجتمعـي أو التربية الخاصة؛ للتأكد من ملاءمة الفقرات لمحاور الدراسة، ومـن مـدى توافقهـا مـع الموضوع، فضلاً عن التأكد من سلامة اللغة – كما يتضح في الملحق (٦).

٦- تم حذف بعض الفقرات وتعديل بعضها الآخر، وفقـًا لملاحظات المحكمين واقتراحـاتهم، ومن الأمثلة على أجراء التعديلات ما يظهر في الجدول (٥):

الجدول (٥)

نموذج لتحكيم أداة الإستبانة، والتصويبات التي طرأت على بعض الفقرات

رقم الفقرة	الفقرة	ملاءمة الفقرة للمحور		سلامة الصياغة اللغوية		التعديل المقترح
		ملاءمة	غيرملاءمة	سليمة	غير سليمة	
	جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة					
٣٩.	تقدم خدمات إعارة، وتوفير أجهزة مساعدة للحالات.	X		X		توفر حزمة الخدمات الأساسـية خـدمات الإعـارة، وتأمين الأجهزة المساعدة للأفراد المنتفعـين، مثـل: (الجبائر، الكراسي، الوسائل التعليمية، ...).
رقم الفقرة	الفقرة	ملاءمة الفقرة للمحور		سلامة الصياغة اللغوية		التعديل المقترح
		ملاءمة	غيرملاءمة	سليمة	غير سليمة	
	استخدام التكنولوجيا والأجهزة التأهيلية					
٤٨	تستخدم تطبيقات التكنولوجيا في المركز من قبل عامليه.	X		X		تسهم تطبيقات التكنولوجيا في تسهيل عمل الفريق الذي يقدم الخدمات جميعها.

٨- عدت موافقة ستة عشر محكما من أصل ثمانية عشر محكما على الفقرات مؤشـرا علـى صدق الأداة، وذلك بعد إجراء التعديل عليها. وقد تم تأكيد التعديل من قِبل ثلاثـة عـشر منهم بعد إعادة الأداة إليهم. وبالتالي خرجت الأداة بصورتها النهائية مكونة مـن (١٥٠) فقرة – كما في الملحق (٧) - ، حيث تكونت الاستبانة من شقين، على النحو الآتي:

الشق الأول: وقد اشتمل على بعض المعلومات العامة عن العاملين وعـن الأفـراد ذوي الإعاقة أو أسرهم ، ففي ما يتعلق بالأفراد العاملين اشتمل الشق الأول علـى معلومـات عامة، تضمنت المتغيرات المستقلة الآتية:

- منطقة العمل التأهيلية للعاملين، إذ اعتمد على خمسة تقسيمات عمل لوكالة الغوث الدولية.
- مستوى المؤهل العلمي للعاملين، وقسمت ثلاثة مستويات.
- سنوات الخبرة التأهيلية للعاملين، وجاءت في ثلاثة تصنيفات.

أما في ما يتعلق بالمعلومات العامة من القسم الأول الخاص بـالأفراد ذوي الإعاقـة أو أسرهم، فقد اشتمل على المعلومات العامة التي تضمنت المتغيرات المستقلة الآتية:

- نوع إعاقة الفرد المنتفع، واشتملت على تسع إعاقات.
- نوع الخدمات المقدمة للأفراد المنتفعين، وقسمت أربعة أنواع من خدمات التأهيل.
- مدة الإفادة من الخدمات التأهيلية للأفراد المنتفعين منه، وتقع ضمن ثلاث فترات زمنية.

أما الشق الثاني، فقد اشتمل على فقرات الاستبانة نفسها للأفـراد العـاملين والمنتفعـين، المكونة من (١٥٠) فقرة في صورتها النهائية، وجرى تقييم الإجابة عن كل فقرة وفق التصنيف الخماسي (Likart scale)؛ لتأخذ التقديرات الآتية؛ لتفسير النتائج:

- تقدير درجة منخفضة للمتوسط الحسابي من (صفر ~ ١,٣٣).
- تقدير درجة متوسطة للمتوسط الحسابي من (١,٣٤ ~ ٢,٦٦).
- تقدير درجة مرتفعة للمتوسط الحسابي من (٢,٦٧ ~٤).

وقد تمثلت الدرجات وفقًا للإستجابة على أداة الدراسة كالآتي:

* أوافق بدرجة كبيرة: بمعنى أن الخدمة موجودة على نحوٍ مستمر.
* أوافق بدرجة متوسطة: بمعنى أن الخدمة موجودة في معظم الأحيان.
* أوافق: بمعنى أن الخدمة موجودة بين حين وآخر.
* لا أوافق بدرجة متوسطة: بمعنى الخدمة ليست موجودة إلا عند الطلب، وممكن تأمينها.
* لا أوافق بدرجة كبيرة: بمعنى أن الخدمة غير موجودة، ولا يمكن تواجدها أبدا.

وقد وزعت فقرات الأداة على ستة محاور، تمثلت على النحو الآتي:

المحور الأول: جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة.

هي مجموع المواصفات والسمات لمستوى الخدمات، الموجودة فـي إجـراءات المركـز وعملياته التي تؤهله لتقديم أفضل خدمات ممكنة، وتمتلك القدرة على إشـباع حاجـات الأفـراد المنتفعين منها ونيل رضاهم.

وتعرف إجرائيا بأنها العلامة التي يحرزها أفراد العينة (أفراد عاملين ومنتفعـين) علـى فقرات الاستبانة من الفقرة (١) إلى الفقرة (٣٩).

المحور الثاني: استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة.

هي مجموعة الوسائل والطرائق والأدوات التي تقود إلى تحقيق غرض الدراسة أو هدفها "رصد لواقع الحال في المركز"؛ تسهيلاً لمهمات الأفراد المنتفعين من المركز.

وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (أفراد عاملين ومنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (٤٠) إلى الفقرة (٥٠).

المحور الثالث: درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها.

هي جملة الكفايات الفنية (التقنية) التي يتمتع فيها القائمون على خدمات المركز، وتؤهلهم للعمل بها من أجل القيام بمهماتهم على أفضل نحو.

وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (أفراد عاملين ومنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (٥١) إلى الفقرة (٨٣).

المحور الرابع: كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة.

هي جملة الكفايات الإدارية أو الفنية أو كليهما، التي يتمتع بها القائمون على خدمة المركز من لجان محلية وكوادر متطوعة؛ لتسير مهمة المركز.

وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (أفراد عاملين ومنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (٨٤) إلى الفقرة (١١٢).

المحور الخامس: وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة.

هي البنية التحتية المتوافرة في المركز أو المتاحة له، والمستند عليها تقديم الخدمات التأهيلية للأفراد المنتفعين من المركز.

وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (أفراد عاملين ومنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (١١٣) إلى الفقرة (١٣٤).

المحور السادس: وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة.

هي قناة (قنوات) للاتصال ووسيلة لنقل المعرفة بين الكوادر العاملة والأفراد المنتفعين، تمرر رسائل تحمل مجموعة من المعاني والأفكار؛ بغية التأثير في سلوك هؤلاء الأفراد، التي يبثها الأفراد العاملون إلى الأفراد المنتفعين بوساطة رسائل لفظية، تحمل محتوى معرفيا وانفعاليا، ورسائل غير لفظية، تحمل محتوى انفعاليا أو سلوكيا، وما يتبع ذلك من استجابة مناسبة لفظية أو غير لفظية لكلا النوعين من الرسائل.

وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (أفراد عاملين ومنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (١٣٥) إلى الفقرة (١٥٠).

صدق الأداة:

جرى التحقق من صدق أداة الدراسة من خلال الصدق الظاهري لمحتوى المقياس؛ للتأكد من مدى شمول الفقرات وتغطيتهما لكل الأبعاد مدار الدراسة، حيث عرضت الأداة على ثمانية عشر محكما من ذوي الاختصاص في التربية الخاصة، أو ممن لهم كفاءة علميـة أو خبـرة عملية في التأهيل؛ وذلك لإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول الآتي:

١- ملاءمة محاور الأداة لموضوع الدراسة.

٢- انتماء الفقرات للمحاور التي تنتمي إليها، وتمثيلها لها.

٣- سلامة الصياغة النحوية والإملائية.

٤- إضافة أو تعديل أية ملاحظات أخرى.

وقد أعاد الأداة بعد تحكيمها ستة عشر محكما؛ أي ما نسبته (٨٦,٦%) مـن اسـتبانات المحكمين، وعد الباحث هذه النسبة كافية لاعتبار الأداة صادقة، وفي الملحق (٨) بيان بأسماء المحكمين ورتبهم العلمية والوظيفية. علما أن الباحث قد أخذ الملاحظات كلهـا التـي وردت، حيث أُعيدت صياغة بعض الفقرات، فضلاً عن تعديل بعضها الآخر، من حيث البناء واللغـة؛ لتتناسب وملاحظات المحكمين عليها. وبناء على ذلك تم إسـقاط (٢٥) فقـرة مـن فقـرات الاستبانة من أصل (١٧٥) فقرة؛ لتصبح الأداة مكونة من (١٥٠) فقرة، بينما عـدلت فقـرات أخرى.

ثبات الأداة:

للتأكد من ثبات الأداة، تم استخدام الطرق الآتية:

تمت إعادة الاختبار(Test-Re-test)؛ إذ وزعت الاستبانة على عينة استطلاعية مكونة مـن (١٠) أفراد من مقدمي الخدمات، و(١٠) من الأفراد المنتفعين منهم (٣) من الأفراد و(٧) مـن الأسر، اختيروا بصورة عشوائية من خارج عينة الدراسة؛ ممن لم يتم اختيارهم ضـمن عينـة الدراسة، وقد أعطوا أرقاما متسلسلة من (١~٢٠) ثم طبقت عليهم الأداة، وبعد مضي أسـبوعين تم تطبيق الأداة على العينة نفسها، في ما أُعطي المستجيب الرقم المتسلسل نفسه الذي أعطي له في المرة الأولى، تلا ذلك إيجاد معامل ارتباط بيرسون للمحاور الفرعية للإستبانة، وقد بلغـت قيمة هذا المعامل الكلي (٨٧,٠) بالنسبة لاستجابات العاملين، وتراوحت ما بين (٨٤,٢~٩٥,٥)، بينما بلغ معامل الارتباط الكلي بالنسبة لاستجابات الأفراد المنتفعين (٧٩,٠)، وتراوح مـا بـين (٨٤,٩~٩١,٦)، وهذا مؤشر دال على ثبات الأداة بما يفي بأغراض الدراسة.

تم استخدام حساب كرونباخ ألفا (α-Chronbach) لتحديد درجة الاتساق الداخلي لفقرات الدراسة، وذلك بعد تطبيق أداة الدراسة على العينة الاستطلاعية. ولدى استخراج معاملي الثبات الفرعي والكلي لمحاور الأداة، وجد أنه يساوي (٩٣,٠%) للعاملين على المحاور الفرعية و(٩٠,٤%) على المجموع الكلي. أما بالنسبة لتطبيق أداة الدراسة على الأفراد المنتفعين، فقد وجدت قيمة معامل الثبات الفرعي للمحاور (٩١،٠ %)، و(٨٣ ،٠%) على المجموع الكلي، كما هو واضح في الجدول (٦)، مما يمكّن القول من بوجود اتساق داخلي بين فقرات أداة الدراسة، وهذا مؤشر على أن أداة استبانة تتسم بدرجة تبرر استخدامها لأغراض هذه الدراسة.

الجدول (٦)

قيمة حساب معامل ارتباط بيرسون، وحساب كرونباخ ألفا لدرجة الاتساق الداخلي لفقرات محاور الأداة الفرعية والقيمة الكلية للأداة على عينة استطلاعية من العاملين والمنتفعين

المحاور	الخدمات المقدمة		استخدام التكنولوجيا		الكفاءة المعرفية		القيادة العاملة		الامكانات المتاحة		التواصل المتبع		المجموع الكلي	
المستجيب	عاملين	منتفعين	عاملين	منتفعين	عاملين	منتفعين	عاملين	منتفعين	عاملين	منتفعين	عاملين	منتفعين	عاملين	منتفعين
إعادة الاختبار	٩١,٢	٩٠,٧	٩٢,١	٨٧,٢	٩٥,١	٨٤,٩	٩٢,٥	٩٠,٤	٨٤,٢	٨٩,٨	٩٥,٥	٩١,٦	٨٧,٠	٧٩, ٠
كرونباخ الفا	٩٠,٦	٨٨,٠	٨٩,٨	٨٦,٠	٨٨,٢	٧٩,٦	٩٤,٠	٨٩,٧	٩١,٨	٧٧,٩	٩٣,٠	٨٩,٩	٩٠,٤	٨٣ ،٠

إجراءات تطبيق الدراسة:

من أجل بلوغ أهداف الدراسة، تمت إجراءات رصد واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد المنتفعين من مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، وفق الخطوات الآتية:

١- الاطلاع على الأدبيات التربوية ذات العلاقة بموضوع الدراسة، والاطلاع على الأدب النظري الذي يشمل أدوات تسهم في تطوير أداة الدراسة؛ مما أسفر عن ذلك بناء أداة الدراسة.

٢- التحقق من صدق الأداة بعد عرضها على ستة عشر محكما مختصا في مجال التأهيل المجتمعي أو التربية الخاصة؛ للتأكد من سلامة الصياغة اللغوية، ومدى ملاءمة الفقرات لمحاور الدراسة، وقد تم الأخذ بالملاحظات جميعها التي أوردوها على نموذج التعديل.

٣- التحقق من ثبات الأداة، وذلك باستخدام معامل الثبات (Test-Re-test)، على عينة استطلاعية مكونة من (٢٠) فردا، ممن لهم سمات مجتمع الدراسة. وكذلك تم التأكد من الاتساق الداخلي لفقرات المقياس باستخدام كرونباخ ألفا(α-Chronbach).

٤- توجيه كتابين رسميين من الجامعة الأردنية، أحدهما إلى مدير برنامج الإغاثة والخدمات الاجتماعية في وكالة الغوث الدولية، والآخر إلى لجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي، وذلك بتاريخ ٢٠٠٨/١٢/٢٨م، الملحق (٩)؛ من أجل أخذ الموافقة الرسمية؛ وتسهيل مهمة الباحث ما أمكن.

٥- الحصول على خطابين أحدهما من مديرة برنامج الإغاثة والخدمات الاجتماعية بتاريخ ٢٠٠٨/٠٨/٠٤م، كما يظهر في الملحق (١٠)، والآخر من رئيس لجنة التنسيق العليا بتاريخ ٢٠٠٩/٠١/٢٨م، كما يظهر في الملحق (١١)، موجهين إلى مراكز التأهيل المجتمعي؛ حتى تُسهل اللجنة المحلية وإدارة تلك المراكز مهمة الباحث.

٦- مقابلة إدارة مراكز التأهيل المجتمعي العشرة ضمن مواعيد مسبقة، والطلب إليهم تعبئة نموذج أُعد لجمع البيانات حول المركز من وثائقهم الرسمية، كما يظهر في الملحق (١٢).

٧- تحديد مجتمع الدراسة وعينتها في كل مركز تأهيل مجتمعي على حدة، وفقًا للمعطيات من البيانات المجموعة في النماذج المعدة لذلك الشأن – الملحق (١٣، ١٤)-، التي تم تحديدها وفقًا للآتي:

أ- أخذ جميع العاملين (الأخصائيين والمتطوعات) في مراكز تأهيل المجتمع المحلي.

ب- أخذ ما نسبته ٢٠ % من الأفراد المنتفعين (أفراد ذوي إعاقة و/ أو أسرهم)، اختيروا بالطريقة العشوائية المنتظمة من كل مركز تأهيل مجتمعي كلاً على حدة، والمخدومين على مدار العام. ووضع أسماء الأفراد المنتفعين في جدول مرتبة حسب الإعاقة. مبتدئين بترقيمهم من العدد (١)، تلا ذلك، تم تحديد العدد (٥)، كبداية العينة المنتقاة. ثم يليها، تم تحديد مقدار الزيادة المنتظمة، وفقًا للقانون الآتي:

الزيادة المنتظمة = حجم العينة الكلية للمركز من المنتفعين / حجم العينة المطلوبة.

مثالها: عينة المنتفعين من مركزسوف (١٨٠) فردا/العينة المطلوبة من الأفراد (٩) أفراد.

مقدار الزيادة المنتظمة مبتدئيين من العدد (٥) = ٥+٢٠، ٢٥+٢٠، ٤٥+٢٠ ... الخ.

تلا ذلك، تم إضافة مقدار الزيادة المنتظمة على العدد (٥)، كبداية لنحصل على باقي عينة الدراسة من مجتمعها، وحتى نصل إلى العدد بما نسبته ٥% من الأفراد ذوي الإعاقة من حجم مجتمع الدراسة والبالغة (١٠٢) فردا، في حين أن نسبة أسر الأفراد ١٥% من

حجم مجتمع الدراسة والبالغة (٣٠٣) فردا، وسحبت العينة من (٢٠١٤) فرد - مجتمع دراسة الأفراد المنتفعين-.

٨- تطبيق الأداة على العينة المختارة مع بداية العام الدراسي من الفصل الثاني لعام ٢٠٠٨ ~ ٢٠٠٩م؛ إذ طلب إلى إدارة المراكز وعامليها ترتيب قاعة انفرادية خاصة للالتقاء بالأفراد المنتفعين (أفراد ذوي إعاقة و/ أو أسرهم) في جلسة خاصة بهم، والأشخاص العاملين في المركز في جلسة أخرى. وقد التقى الباحث بعينة الدراسة داخل القاعة، وسلمهم أداة الدراسة، ثم عرفهم هدفها، مؤكدا الحرص والدقة في تفريغ الإجابات؛ من أجل تحقيق نتائج أفضل دقة ومصداقية وثباتًا.

٩- تلا ذلك عرض الفقرات على الداتا شو (Data show) أمامهم وقراءتها على مسامعهم، والطلب إليهم الإجابة عن كل فقرة على حدة من طرف الأفراد المنتفعين، وفي حال عدم استطاعة الأفراد ذوي الإعاقة عن الإجابة، كان يجيب ذووه عن الفقرة، وتكرر تطبيق هذه العملية على مقدمي الخدمات؛ لأجل تحقيق نتائج أفضل دقة ومصداقية في تطبيق الأداة وجمع المعلومات، وكان ذلك في زيارتين لكل مركز تأهيلي.

١٠- استخدمت في هذه الدراسة المعالجات الحسابية؛ واستخرجت نتائجها وفسرت تلك النتائج المضمنة في نتائج الدراسة، كما هو موضح في الفصل الرابع. وقد توصلت الدراسة إلى التوصيات المطروحة لاحقًا، المذكورة في الفصل الخامس.

تصميم الدراسة:

تعد هذه الدراسة من حيث غايتها دراسة لغايات التطوير (Developmental Research)؛ إذ تسعى إلى تطوير خدمات برامج التأهيل المجتمع المحلي في الأردن ببعدها الكمي؛ وذلك في ضوء نتائج الأداة. أما من حيث طريقة إجرائها، فتعد دراسة مسحية وصفية (Descriptive)، هدفت إلى تعرف واقع مراكز التأهيل المجتمعي وتصورات الفئات المعنية (عينة الدراسة) كافة باختلاف نوع الإعاقة، ونوع الخدمات التأهيلية، ومدة الإفادة من البرنامج بالنسبة للأفراد المنتفعين، وكذلك في محاولة تعرف واقع التأهيل من حيث منطقة العمل التأهيلي للكوادر العاملة، واختلاف المؤهل العلمي وسنوات الخبرة التأهيلية بالنسبة للكوادر المتطوعة، وبحث آراء الخدمات التي تُقدمها تلك المراكز للأفراد المنتفعين من وجهات نظر العاملين والأفراد المنتفعين.

متغيرات الدراسة:

تم أخذ متغيرات الدراسة من جانبي مقدمي الخدمات والأفراد المنتفعين في مراكز التأهيل المجتمعي، حسب التوضيح الآتي:

١- المتغيرات بالنسبة لمقدمي الخدمات (الأخصائيين والمتطوعات)، تكونت على النحو الآتي:

أ- منطقة العمل: ويتبع مكان تواجد المركز ضمن خمسة مناطق، ممثلةً فيما هو آت: (منطقة عمان/ الطالبية، والوحدات، والبقعة، ومنطقة الزرقاء/ حطين، والزرقاء، ومنطقة جرش/ سوف، وجرش، ومنطقة إربد/ الحصن، وإربد، ومنطقة الأغوار/ وقاص).

ب- المؤهل العلمي: أخذ بالاعتبار المستوى التعليمي ضمن التصنيف الثلاثي الآتي:

١- مستوى تعليمي عالٍ (درجة جامعية تعادل بكالوريوس أو أكثر).

٢- مستوى تعليمي متوسط (شهادة الكلية تعادل الدبلوم المتوسط).

٣- مستوى تعليمي منخفض (شهادة الثانوية العامة فما دون).

ج- سنوات الخبرة: ويكون ضمن الآتي:

١- خبرة عالية (فوق ثلاث سنوات في العمل التأهيلي).

٢- خبرة متوسطة (من سنة واحدة إلى ثلاث سنوات).

٣- خبرة منخفضة (أقل من سنة واحدة).

٢- المتغيرات بالنسبة للأفراد المنتفعين (الأفراد أو أسرهم): وسيتم أخذ المتغيرات الآتية:

أ- نوع الإعاقة: وتكون ضمن الفئات الثمانية الآتية: (الإعاقة العقلية، والإعاقة السمعية، والإعاقة الحركية والصحية، والإعاقة البصرية، والتوحد، وصعوبات التعلم، والاضطرابات النطقية واللغوية، والاضطرابات السلوكية والانفعالية، ومتعددي الإعاقات).

ب- متغير نوع الخدمات التي تقدمها المراكز، الواقعة ضمن التصنيف الثلاثي الآتي:

١- الخدمات المتخصصة النهارية المقدمة داخل المركز أو خارجه.

٢- الخدمات الفردية ضمن فترة زمنية محددة، المقدمة داخل المنزل أو المركز.

٣- خدمات الدمج الأكاديمي والمهني، المقدمة إما في المؤسسات التعليمية أو في أماكن العمل المهني.

ج- مدة الإفادة من الخدمات: ستأخذ التصنيف الثلاثي الآتي:

١- مدة التحاق عالٍ (مدة الإفادة من الخدمات فوق ثلاث سنوات).

٢- مدة التحاق متوسط (مدة الإفادة من الخدمات من سنة لثلاث سنوات).

٣- مدة التحاق منخفض (أقل من سنة واحدة).

المعالجة الإحصائية:

قام الباحث من أجل التحقيق من أهداف الدراسة، والإجابة عن أسئلتها باستخدام الإحصاء الوصفي والاستدلالي بمؤشراته المختلفة من خلال استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، ومعامل الارتباط. وقد تم استخدام الإحصاء التحليلي من خلال تحليل التباين الأحادي (One Way- ANOVA)، لاختبار الفروق في متوسط درجة تحقيق المراكز لأهدافها في ما يتعلق بالمتغيرات التي يزيد عدد أبعادها على بعدين، كمتغير نوع الإعاقة، ونوع الخدمات، ومدة الإفادة، كما تم إجراء (LCD)؛ لأجل معرفة المقارنات البعدية لتأثير المتغير بين المتغيرات.

منهجية الدراسة وتصميمها:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة، والإجابة عن أسئلتها، ولتقصي آراء جميع العاملين في الخدمات التأهيلية والأفراد المنتفعين منها في مراكز التأهيل المجتمعي، استُخدِم الأسلوب الكمي، وتم فيه اعتماد المنهج الوصفي التحليلي، فضلاً عن أن البيانات جمِعت من مصادر الجهات المسؤولة (دائرة الإغاثة والخدمات الاجتماعية لوكالة الغوث الدولية، ولجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي، والمؤسسة السويدية للإغاثة الفردية كجهة داعمة، ومراكز التأهيل المجتمعي) باستخدام استبانة خاصة (Questionnaire)؛ بهدف جمع البيانات عن المراكز وكوادرها العاملة وأفرادها المنتفعين منها؛ بهدف الإجابة عن أسئلة الدراسة؛ لتعرف واقع خدمات التأهيل المجتمعي في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

نتائج الدراسة

تضمن هذا الفصل عرضا للنتائج التي أسفرت عنها الدراسة حول واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي في الأردن، وهي على النحو الآتي:

السؤالان الأول والثاني

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: الذي نص على "ما واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، من وجهة نظر العاملين (الأخصائيين والمتطوعات) ؟".

وللإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل المحاور الستة لمقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة ولأسرهم، وتم أيضا حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري الكلي لأداة المقياس من وجهة نظر العاملين، كما هو مبين في الجدول (٧):

الجدول (٧)

توزيع المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والدرجة الكلية

لمحاور مقياس واقع التأهيل المجتمعي من وجهة نظر العاملين مرتبة تنازليا

الرقم	المحور	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الخدمة
١	وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	١٥٤	٣,١٠٨	٠,٦٥٩	مرتفع
٢	جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	١٥٤	٣,٠٣٠	٠,٥٧١	مرتفع
٣	درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	١٥٤	٢,٩٦٠	٠,٥٦٥	مرتفع
٤	كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	١٥٤	٢,٥٧٩	٠,٥٢٣	متوسط
٥	استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	١٥٤	٢,٥٥٧	٠,٨٦٢	متوسط
٦	وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	١٥٤	٢,٤٣٣	٠,٧٥٨	متوسط
	الكلي	١٥٤	٢,٨١٤	٠,٥٢٩	مرتفع

يبين الجدول (٧) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحـاور أداة مقيـاس واقع خدمات التأهيل المجتمعي الستة الخاصة بالعاملين، حيث أظهرت النتائج في الجدول أعلاه تفاوتـًا في المتوسطات الحسابية بين محاور المقياس تراوح بين (٢,٤٣٣~٣,١٠٨)، في حـين تقدير مستوى الخدمة متفاوتـًا في درجات الاختلاف للمتوسط الحسابي، حيث جاء محور "وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة" في المرتبة الأولـى بمتوسـط حـسابي بلـغ (٣,١٠٨) وانحراف معياري (٠,٦٥٩) وبمستوى خدمة مرتفع. وفي المرتبة الأخيـرة جـاء بمـستوى متوسط من الخدمة، محور " وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانـات المتاحـة " بمتوسط حسابي (٢,٤٣٣) وانحراف معياري (٠,٧٥٨)، أما المجموع الكلي للأداة على محاور الدراسة الخاصة بالعاملين فجاء بمستوى خدمة مرتفعة؛ إذ بلـغ متوسـطه الحـسابي (٢,٨١٤) وانحرافه المعياري (٠,٥٢٩).

ثانيًا: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: الذي نص على "هل يختلف واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن تبعا لمتغير منطقة العمل التأهيلية، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة التأهيلية للعاملين؟"

وللإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي الستة في الأداة كلاً على حدة، والدرجة الكلية للأداة تبعا لمتغيرات الدراسة (منطقة العمل، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة التأهيلية) للعاملين من وجهة نظرهم على خدمات التأهيل المجتمعي في مراكز تأهيل المجتمع المحلي (مجتمع الدراسة) كما في الجداول (٨)، (١١)، (١٣)، وكذلك تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية كما في الجداول (٩)، (١٢)، (١٤)، وتم استخدام (LCD) لتعرف المقارنات البعدية كما هو مبين في الجداول (١٠).

أ- متغير منطقة العمل التأهيلية للعاملين:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي الستة في الأداة كلاً على حدة، والدرجة الكلية تبعا لمتغير الدراسة (منطقة العمل التأهيلية) للعاملين، كما هي موضحة في الجدول (٨).

الجدول (٨)

توزيع المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور الدراسة والدرجة الكلية للمقياس وفقـًا لمتغير منطقة العمل التأهيلية من وجهة نظر العاملين

المحور	المنطقة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	عمان	٦٤	٣,٠٨٤	٠,٥١٦
	الزرقاء	٢٣	٢,٩٣٠	٠,٧٠٨
	جرش	٢٨	٣,٠١٩	٠,٥٤٢
	إربد	٣١	٣,٠٩٨	٠,٥١١
	الأغوار	٨	٢,٦٧٠	٠,٨١٣
	الكلي	١٥٤	٣,٠٣٠	٠,٥٧١
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	عمان	٦٤	٢,٦٨٦	٠,٧٣٧
	الزرقاء	٢٣	٢,٢١٧	١,٠٧٢
	جرش	٢٨	٢,٧٥٦	٠,٦٨٨
	إربد	٣١	٢,٦٢٨	٠,٩٢٨
	الأغوار	٨	١,٥٢٣	٠,٥١٨
	الكلي	١٥٤	٢,٥٥٧	٠,٨٦٢
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	عمان	٦٤	٢,٩٢٧	٠,٥٣٧
	الزرقاء	٢٣	٣,٠١٨	٠,٦٦٦
	جرش	٢٨	٢,٩٨٩	٠,٥٨٢
	إربد	٣١	٣,٠٣٧	٠,٤٩٩
	الأغوار	٨	٢,٦٥٢	٠,٦٧٣
	الكلي	١٥٤	٢,٩٦٠	٠,٥٦٥
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	عمان	٦٤	٢,٤٩٤	٠,٥١٣
	الزرقاء	٢٣	٢,٦٢٥	٠,٥٤١
	جرش	٢٨	٢,٥٦٠	٠,٥٣١
	إربد	٣١	٢,٨١٩	٠,٤٥٦

	الأغوار	٨	٢,٢٦٧	٠,٥٣٢
	الكلي	١٥٤	٢,٥٧٩	٠,٥٢٣
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	عمان	٦٤	٢,٥٧٨	٠,٦٤٠
	الزرقاء	٢٣	١,٨٦٠	٠,٩٣١
	جرش	٢٨	٢,٥٧٥	٠,٥٤٤
	إربد	٣١	٢,٥٠٤	٠,٨٤٣
	الأغوار	٨	٢,١٥٣	٠,٧١٠
	الكلي	١٥٤	٢,٤٣٣	٠,٧٥٨
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	عمان	٦٤	٣,٠٧٩	٠,٦٤٩
	الزرقاء	٢٣	٣,٠١٩	٠,٦٩١
	جرش	٢٨	٣,١٧٤	٠,٦٥٤
	إربد	٣١	٣,٢٥٢	٠,٦٥٤
	الأغوار	٨	٢,٨٠٥	٠,٦٨٣
	الكلي	١٥٤	٣,١٠٨	٠,٦٥٩
الكلي	عمان	٦٤	٢,٨٣١	٠,٤٩٤
	الزرقاء	٢٣	٢,٦٩١	٠,٦١٩
	جرش	٢٨	٢,٨٥٦	٠,٥٤٦
	إربد	٣١	٢,٩٢٥	٠,٤٦٥
	الأغوار	٨	٢,٤٤٣	٠,٦٠٨
	الكلي	١٥٤	٢,٨١٤	٠,٥٢٩

يتضح من الجدول السابق وجود فروق في المتوسطات الحسابية لاستجابة عينة الأفراد العاملين (الأخصائيين والمتطوعات) في مراكز التأهيل على مقياس واقع الخدمات التأهيلية وفقًا لمنطقة العمل التأهيلية في المحاور الستة وتفاوت في قيم متوسطاتها، وكذلك على المقياس ككل، وللتحقق من الدلالة الإحصائية للفروق الظاهرية بين المتوسطات الحسابية، تم إجراء تحليل التباين الأحادي (ANOVA) وفي ما يأتي عرض لهذه النتائج، كما هي موضحة في الجدول (٩).

الجدول (٩)

نتائج تحليل التباين الأحادي لتأثير متغير منطقة العمل على محاور مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي والدرجة الكلية من وجهة نظر العاملين

المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	منطقة العمل	١,٦٠١	٤	٠,٤٠٠	١,٢٣٧	٠,٢٩٨
	الخطأ	٤٨,٢١٢	١٤٩	٠,٣٢٤		
	الكلي	٤٩,٨١٣	١٥٣			
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	منطقة العمل	١٣,٥٤٥	٤	٣,٣٨٦	٥,٠٤٥	*٠,٠٠١
	الخطأ	١٠٠,٠١٤	١٤٩	٠,٦٧١		
	الكلي	١١٣,٥٥٩	١٥٣			
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	منطقة العمل	١,١١٨	٤	٠,٢٧٩	٠,٨٧٣	٠,٤٨٢
	الخطأ	٤٧,٦٧٧	١٤٩	٠,٣٢٠		
	الكلي	٤٨,٧٩٥	١٥٣			
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	منطقة العمل	٣,٠٨٥	٤	٠,٧٧١	٢,٩٥٩	*٠,٠٢٢
	الخطأ	٣٨,٨٣٨	١٤٩	٠,٢٦١		
	الكلي	٤١,٩٢٣	١٥٣			
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	منطقة العمل	١٠,٢٥٣	٤	٢,٥٦٣	٤,٩١٤	*٠,٠٠١
	الخطأ	٧٧,٧٣١	١٤٩	٠,٥٢٢		
	الكلي	٨٧,٩٨٤	١٥٣			
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	منطقة العمل	١,٧٣٧	٤	٠,٤٣٤	١,٠٠١	٠,٤٠٩
	الخطأ	٦٤,٦٤٨	١٤٩	٠,٤٣٤		
	الكلي	٦٦,٣٨٥	١٥٣			
الكلي	منطقة العمل	١,٩٠٧	٤	٠,٤٧٧	١,٧٣٥	٠,١٤٥
	الخطأ	٤٠,٩٣٨	١٤٩	٠,٢٧٥		
	الكلي	٤٢,٨٤٥	١٥٣			

*** دال إحصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥)**

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهريـة فـي المتوسـطات الحـسابية دالـة إحصائيـا، ولإظهار هذه الفروق الإحصائية في محاور المقياس لواقع الخدمات التأهيلية بالنسبة لمتغير منطقة العمل التأهيلية للعاملين سيتم عرض النتائج، كما هي موضحة في الجدول (٩).

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥) في المحاور الآتية:

١- استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة، حيث كانت قيمـة ف=٥,٠٤٥ وهي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (٠,٠٠١).

٢- كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة، حيث كانـت قيمـة ف=٢,٩٥٩ وهـي دالـة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (٠,٠٢٢).

٣- وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانـات المتاحـة، حيـث كانـت قيمـة ف=٤,٩١٤ وهي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (٠,٠٠١).

كما يتضح من الجدول عدم وجود فروق دالة إحصائيـا في المحاور الأخرى.

ولمعرفة بين أي من مستويات متغير منطقة العمـل التأهيليـة كانـت الفـروق دالـة إحصائيـا، تم إجراء اختبار (LCD) لإجراء المقارنات البعدية؛ وفيما يأتي عرض لهذه النتائج، كما هي موضحة في الجدول (١٠).

الجدول (١٠)

نتائج اختبار (LCD) للمقارنات البعديّة لتأثير متغيّر منطقة العمل لمحور استخدام التكنولوجيا من وجهة نظر العاملين

المحور	مقارنات مناطق العمل	الفرق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	*مستوى الدلالة*
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	عمان- زرقاء	٠,٤٦٩	٠,١٩٩	*٠,٠٢٠**
	عمان - جرش	-٠,٠٧٠	٠,١٨٦	*٠,٧٠٥*
	عمان - إربد	٠,٠٥٩	٠,١٧٩	*٠,٧٤٥*
	عمان- الأغوار	١,١٦٣	٠,٣٠٧	*٠,٠٠٠**
	الزرقاء- جرش	-٠,٥٣٩	٠,٢٣١	*٠,٠٢١**
	الزرقاء- إربد	-٠,٤١٠	٠,٢٢٥	*٠,٠٧١*
	الزرقاء- الأغوار	٠,٦٩٥	٠,٣٣٦	*٠,٠٤١**
	جرش- إربد	٠,١٢٩	٠,٢١٤	*٠,٥٤٧*
	جرش- الأغوار	١,٢٣٤	٠,٣٢٨	*٠,٠٠٠**
	إربد -الأغوار	١,١٠٥	٠,٣٢٥	*٠,٠٠١**

كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	عمان- زرقاء	٠,١٣٢-	٠,١٢٤	٠,٢٩١
	عمان - جرش	٠,٠٦٧-	٠,١١٦	٠,٥٦٤
	عمان - إربد	٠,٣٢٥-	٠,١١٢	*٠,٠٠٤
	عمان - الأغوار	٠,٢٢٦	٠,١٩١	٠,٢٣٩
	الزرقاء - جرش	٠,٠٦٥	٠,١٤٤	٠,٦٥٢
	الزرقاء- إربد	٠,١٩٤-	٠,١٤١	٠,١٧١
	الزرقاء- الأغوار	٠,٣٥٨	٠,٢١٠	٠,٠٩٠
	جرش- إربد	٠,٢٥٨-	٠,١٣٣	٠,٠٥٤
	جرش- الأغوار	٠,٢٩٣	٠,٢٠٥	٠,١٥٤
	إربد – الأغوار	٠,٥٥١	٠,٢٠٢	*٠,٠٠٧
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	عمان- زرقاء	٠,٧١٨	٠,١٧٦	*٠,٠٠٠
	عمان - جرش	٠,٠٠٣	٠,١٦٤	٠,٩٨٣
	عمان- إربد	٠,٠٧٤	٠,١٥٨	٠,٦٤٢
	عمان - الأغوار	٠,٤٢٥	٠,٢٧١	٠,١١٩
	الزرقاء- جرش	٠,٧١٥-	٠,٢٠٣	*٠,٠٠١
	الزرقاء- إربد	٠,٦٤٥-	٠,١٩٩	*٠,٠٠١
	الزرقاء- الأغوار	٠,٢٩٤-	٠,٢٩٦	٠,٣٢٣
	جرش- إربد	٠,٠٧٠	٠,١٨٨	٠,٧١٠
	جرش- الأغوار	٠,٤٢١	٠,٢٩٠	٠,١٤٨
	إربد- الأغوار	٠,٣٥١	٠,٢٨٦	٠,٢٢٢

*** دال إحصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥)**

يتبين من الجدول السابق وجود تباين واضح في محاور الدراسة لمناطق العمل التأهيلي من وجهة نظر العاملين في مراكز التأهيل المجتمعي على مقياس واقع الخدمات التأهيلية، وهـذا التباين يتضح في المقارنات البعدية الظاهرة للمحاور الآتية:

أ- محور استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة:

١- **عمان ~ الزرقاء:** كانت هذه الفروق لصالح العاملين في منطقة تأهيل عمان، وأظهـرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢٠)، كما يتضح في الجدول (٨) أن المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل عمان (٢,٦٨٦)، بينما المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل الزرقاء (٢,٢١٧).

٢- **عمان ~ الأغوار:** كانت هذه الفروق لصالح العاملين في منطقة تأهيل عمان، وأظهـرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٠)، كما يتضح في الجدول (٨) أن المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل عمان (٢,٦٨٦)، أما المتوسط الحسابي لمنـاطق تأهيل الأغوار (١,٥٢٣).

٣- **جرش ~ الزرقاء:** كانت هذه الفروق لصالح العاملين في منطقة تأهيل جرش، وأظهـرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢١)، كما يتضح في الجدول (٨) أن المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل جرش (٢,٧٥٦)، بينما المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل الزرقاء (٢,٢١٧).

٤- **الزرقاء ~ الأغوار:** كانت هذه الفروق لصالح العاملين فـي منطقـة تأهيـل الزرقـاء، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٤١)، كما يتـضح في الجدول (٨) أن المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل الزرقاء (٢,٢١٧)، أمـا المتوسـط الحسابي لمناطق تأهيل الأغوار (١,٥٢٣).

٥- **جرش ~ الأغوار:** كانت هذه الفروق لصالح العاملين في منطقة تأهيل جرش، وأظهـرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٠)، كما يتضح في الجدول (٨) أن المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل جرش كان (٢,٧٥٦)، بينما المتوسط الحـسابي لمناطق تأهيل الأغوار (١,٥٢٣).

٦- **إربد ~ الأغوار:** أظهرت الفروق لصالح العاملين في منطقة تأهيل إربد، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠١)، كما يتضح في الجدول (٨) أن المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل إربد كان (٢,٦٢٨)، أما بلغ المتوسط الحسابي لمنـاطق تأهيل الأغوار فكان (١,٥٢٣).

ب- كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة:

١- **إربد ~ عمان:** حيث كانت هذه الفروق لصالح العاملين في منطقة تأهيل إربد، وأظهـرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٤)، كما يتضح في الجدول (٨) أن المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل إربد كان (٢,٨١٩)، بينما المتوسـط الحـسابي لمناطق تأهيل عمان (٢,٤٩٤).

٢- **إربد ~ الأغوار:** حيث كانت هذه الفروق لصالح العاملين في منطقة تأهيل إربد، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٧)، كمـا يتـضـح فـي

الجدول (٨) أن المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل إربد كان (٢,٨١٩)، أما المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل الأغوار فكان (٢,٢٦٧).

ج- وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة:

١- **عمان ~ الزرقاء:** أظهرت هذه الفروق لصالح العاملين في منطقة تأهيل عمان، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢٠)، كما يتضح في الجدول (٨) أن المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل عمان كان (٢,٥٧٨)، بينما المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل الزرقاء (١,٨٦٠).

٢- **جرش ~ الزرقاء:** أظهرت هذه الفروق لصالح العاملين في منطقة تأهيل جرش، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢١)، كما يتضح في الجدول (٨) أن المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل جرش (٢,٥٧٥)، أما المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل الزرقاء (١,٨٦٠).

٣- **إربد ~ الزرقاء:** حيث كانت هذه الفروق لصالح العاملين في منطقة تأهيل إربد، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٧)، كما يتضح في الجدول (٨) أن المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل إربد (٢,٥٠٤)، بينما المتوسط الحسابي لمناطق تأهيل الزرقاء (١,٨٦٠).

ب- متغير سنوات الخبرة التأهيلية للعاملين:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي الستة في الأداة كلاً على حدة، والدرجة الكلية للمقياس تبعاً لمتغير الدراسة (سنوات الخبرة التأهيلية) للعاملين، كما هي موضحة في الجدول (١١).

الجدول (١١)

توزيع المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على محاور الدراسة والدرجة الكلية للمقياس وفقًا لمتغير سنوات الخبرة التأهيلية للعاملين

المحور	سنوات الخبرة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	أقل من سنة	٢٥	٢,٩٤٥	٠,٥٨١
	١-٣ سنوات	٤٦	٢,٩٩٣	٠,٥٩١
	أكثر من ٣ سنوات	٨٣	٣,٠٧٧	٠,٥٥٩
	الكلي	١٥٤	٣,٠٣٠	٠,٥٧١

استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	أقل من سنة	٢٥	٢,٢١٥	٠,٨٣٩
	١-٣ سنوات	٤٦	٢,٥٤٧	٠,٩٢٢
	أكثر من ٣ سنوات	٨٣	٢,٦٦٥	٠,٨١٦
	الكلي	١٥٤	٢,٥٥٧	٠,٨٦٢
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	أقل من سنة	٢٥	٢,٨٧٤	٠,٥٥٧
	١-٣ سنوات	٤٦	٢,٩٠٦	٠,٥٩٢
	أكثر من ٣ سنوات	٨٣	٣,٠١٦	٠,٥٥٢
	الكلي	١٥٤	٢,٩٦٠	٠,٥٦٥
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	أقل من سنة	٢٥	٢,٤٨٦	٠,٥١٦
	١-٣ سنوات	٤٦	٢,٥٣٦	٠,٤٩٤
	أكثر من ٣ سنوات	٨٣	٢,٦٣١	٠,٥٤١
	الكلي	١٥٤	٢,٥٧٩	٠,٥٢٣
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	أقل من سنة	٢٥	٢,٢٦٩	٠,٦٩٧
	١-٣ سنوات	٤٦	٢,٤٣٨	٠,٧٥٤
	أكثر من ٣ سنوات	٨٣	٢,٤٨٠	٠,٧٨٠
	الكلي	١٥٤	٢,٤٣٣	٠,٧٥٨
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	أقل من سنة	٢٥	٣,٠١٨	٠,٦٤٢
	١-٣ سنوات	٤٦	٣,١١٣	٠,٦٢٨
	أكثر من ٣ سنوات	٨٣	٣,١٣٣	٠,٦٨٥
	الكلي	١٥٤	٣,١٠٨	٠,٦٥٩
الكلي	أقل من سنة	٢٥	٢,٦٩٥	٠,٥٢٥
	١-٣ سنوات	٤٦	٢,٧٨٤	٠,٥٥٩
	أكثر من ٣ سنوات	٨٣	٢,٨٦٦	٠,٥١٣
	الكلي	١٥٤	٢,٨١٤	٠,٥٢٩

يتضح من الجدول السابق وجود فروق في المتوسطات الحسابية لاستجابة عينة الأفراد العاملة (الأخصائيين والمتطوعات) في مراكز التأهيل على مقياس واقع الخدمات التأهيلية وفقًا لسنوات الخبرة التأهيلية للأفراد في المحاور الستة وتفاوت في قيم متوسطاتها، وكذلك على المقياس ككل. وللتحقق من الدلالة الإحصائية للفروق الظاهرية بين المتوسطات الحسابية، تم إجراء تحليل التباين الأحادي. وفي ما يأتي عرض النتائج، كما هي موضحة في الجدول (١٢).

الجدول (١٢)

نتائج تحليل التباين الأحادي لتأثير متغير سنوات الخبرة التأهيلية للعاملين على خدمات التأهيل المجتمعي

المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	سنوات الخبرة	٠,٤٣١	٢	٠,٢١٦	٠,٦٥٩	٠,٥١٩
	الخطأ	٤٩,٣٨٢	١٥١	٠,٣٢٧		
	الكلي	٤٩,٨١٣	١٥٣			
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	سنوات الخبرة	٣,٩٠١	٢	١,٩٥١	٢,٦٨٦	٠,٠٧١
	الخطأ	١٠٩,٦٥٨	١٥١	٠,٧٢٦		
	الكلي	١١٣,٥٥٩	١٥٣			
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	سنوات الخبرة	٠,٥٧٨	٢	٠,٢٨٩	٠,٩٠٥	٠,٤٠٧
	الخطأ	٤٨,٢١٧	١٥١	٠,٣١٩		
	الكلي	٤٨,٧٩٥	١٥٣			
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	سنوات الخبرة	٠,٥٢٩	٢	٠,٢٦٤	٠,٩٦٤	٠,٣٨٤
	الخطأ	٤١,٣٩٤	١٥١	٠,٢٧٤		
	الكلي	٤١,٩٢٣	١٥٣			
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	سنوات الخبرة	٠,٨٥٨	٢	٠,٤٢٩	٠,٧٤٤	٠,٤٧٧
	الخطأ	٨٧,١٢٦	١٥١	٠,٥٧٧		
	الكلي	٨٧,٩٨٤	١٥٣			

وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	سنوات الخبرة	٠,٢٥٦	٢	٠,١٢٨	٠,٢٩٢	٠,٧٤٧
	الخطأ	٦٦,١٢٩	١٥١	٠,٤٣٨		
	الكلي	٦٦,٣٨٥	١٥٣			
الكلي	سنوات الخبرة	٠,٦١٣	٢	٠,٣٠٦	١,٠٩٦	٠,٣٣٧
	الخطأ	٤٢,٢٣٢	١٥١	٠,٢٨٠		
	الكلي	٤٢,٨٤٥	١٥٣			

*** دال إحصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥)**

كما يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية دالـة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥) في المحاور الستة لمقياس واقع الخدمات التأهيليـة بالنسبة لمتغير سنوات الخبرة للعاملين والمجموع الكلي للأداة.

ج- **متغير المؤهل العلمي للعاملين:**

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور مقيـاس واقـع خـدمات التأهيل المجتمعي الستة في الأداة كلاً على حدة، والدرجة الكلية تبعاً لمتغير الدراسـة (المؤهـل العلمي) للعاملين، كما هي موضحة في الجدول (١٣).

الجدول (١٣)

توزيع المتوسطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة على محاور الدراسة والدرجة الكليّة للمقياس وفقًا لمتغيّر المؤهل العلمي للعاملين

المحور	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	توجيهي وما دون	٥٤	٣,١١٣	٠,٥٨٥
	دبلوم متوسط	٦٣	٣,٠٧٢	٠,٤٨٣
	بكالوريوس وأكثر	٣٧	٢,٨٣٩	٠,٦٥٣
	الكلي	١٥٤	٣,٠٣٠	٠,٥٧١
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	توجيهي وما دون	٥٤	٢,٥٤٩	٠,٩٥٦
	دبلوم متوسط	٦٣	٢,٧٠٤	٠,٧٥٢
	بكالوريوس وأكثر	٣٧	٢,٣١٧	٠,٨٥٨
	الكلي	١٥٤	٢,٥٥٧	٠,٨٦٢

درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	توجيهي وما دون	٥٤	٣,٠٢٢	٠,٥٦٠
	دبلوم متوسط	٦٣	٣,٠٢١	٠,٥٤٠
	بكالوريوس وأكثر	٣٧	٢,٧٦٦	٠,٥٨٤
	الكلي	١٥٤	٢,٩٦٠	٠,٥٦٥
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	توجيهي وما دون	٥٤	٢,٦٢٩	٠,٥٦١
	دبلوم متوسط	٦٣	٢,٦١١	٠,٤٨٢
	بكالوريوس وأكثر	٣٧	٢,٤٥٢	٠,٥٢٩
	الكلي	١٥٤	٢,٥٧٩	٠,٥٢٣
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	توجيهي وما دون	٥٤	٢,٤٢١	٠,٨١٥
	دبلوم متوسط	٦٣	٢,٤٩٩	٠,٧١٣
	بكالوريوس وأكثر	٣٧	٢,٣٤٠	٠,٧٥٨
	الكلي	١٥٤	٢,٤٣٣	٠,٧٥٨
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	توجيهي وما دون	٥٤	٣,٠٦٠	٠,٦٣٩
	دبلوم متوسط	٦٣	٣,٢٣٣	٠,٦٠٥
	بكالوريوس وأكثر	٣٧	٢,٩٦٥	٠,٧٤٨
	الكلي	١٥٤	٣,١٠٨	٠,٦٥٩
الكلي	توجيهي وما دون	٥٤	٢,٨٥١	٠,٥٥٠
	دبلوم متوسط	٦٣	٢,٨٧٨	٠,٤٥٠
	بكالوريوس وأكثر	٣٧	٢,٦٥٠	٠,٥٩٩
	الكلي	١٥٤	٢,٨١٤	٠,٥٢٩

يتضح من الجدول السابق وجود فروق في المتوسطات الحسابية لاستجابة عينة الأفراد العاملين (الأخصائيين والمتطوعات) في مراكز التأهيل على مقياس واقع الخدمات التأهيلية وفقًا لمؤهلاتهم العلمية في المحاور الستة وكذلك على المقياس ككل. وللتحقق من الدلالة الإحصائية للفروق الظاهرية بين المتوسطات الحسابية، تم إجراء تحليل التباين الأحادي. وفي ما يأتي عرض لهذه النتائج، كما هي موضحة في الجدول (١٤).

الجدول (١٤)

نتائج تحليل التباين الأحادي لتأثير متغيّر المؤهل العلمي من وجهة نظر العاملين.

المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	المؤهل العلمي	١,٨٣٠	٢	٠,٩١٥	٢,٨٨٠	٠,٠٥٩
	الخطأ	٤٧,٩٨٣	١٥١	٠,٣١٨		
	الكلي	٤٩,٨١٣	١٥٣			
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	المؤهل العلمي	٣,٥٠٠	٢	١,٧٥٠	٢,٤٠١	٠,٠٩٤
	الخطأ	١١٠,٠٥٩	١٥١	٠,٧٢٩		
	الكلي	١١٣,٥٥٩	١٥٣			
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	المؤهل العلمي	١,٨٣٥	٢	٠,٩١٧	٢,٩٥٠	٠,٠٥٥
	الخطأ	٤٦,٩٦٠	١٥١	٠,٣١١		
	الكلي	٤٨,٧٩٥	١٥٣			
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	المؤهل العلمي	٠,٧٩٦	٢	٠,٣٩٨	١,٤٦٠	٠,٢٣٥
	الخطأ	٤١,١٢٨	١٥١	٠,٢٧٢		
	الكلي	٤١,٩٢٣	١٥٣			
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	المؤهل العلمي	٠,٥٩٧	٢	٠,٢٩٨	٠,٥١٦	٠,٥٩٨
	الخطأ	٨٧,٣٨٨	١٥١	٠,٥٧٩		
	الكلي	٨٧,٩٨٤	١٥٣			
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	المؤهل العلمي	١,٨٧٢	٢	٠,٩٣٦	٢,١٩٠	٠,١١٥
	الخطأ	٦٤,٥١٣	١٥١	٠,٤٢٧		
	الكلي	٦٦,٣٨٥	١٥٣			
الكلي	المؤهل العلمي	١,٣٢٣	٢	٠,٦٦١	٢,٤٠٥	٠,٠٩٤
	الخطأ	٤١,٥٢٢	١٥١	٠,٢٧٥		
	الكلي	٤٢,٨٤٥	١٥٣			

- **دال إحصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥)**

كما يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥) في المحاور الستة لمقياس واقع الخدمات التأهيلية بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي للعاملين والمجموع الكلي للأداة.

السؤالان الثالث والرابع

ثالثًا: النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: الذي نص على "ما واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، من وجهة نظر الأفراد ذوي الإعاقة؟".

وللإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل محاور مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة ولأسرهم، كما تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري الكلي لأداة المقياس من وجهة نظر الأفراد، كما هو مبين في الجدول (١٥):

الجدول (١٥)

توزيع المتوسطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة ومستوى الخدمة والدرجة الكليّة لمحاور مقياس واقع التأهيل المجتمعي من وجهة نظر الأفراد ذوي الإعاقة مرتبة المتوسطات تنازليًّا

الرقم	المحور	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الخدمة
١	كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	٦٤	١,٤٤٥	٠,١٥٧	متوسط
٢	وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	٦٤	١,٤٤٥	٠,١٥٧	متوسط
٣	وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	٦٤	١,٤٠٦	٠,١٩٧	متوسط
٤	درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	٦٤	١,٣٦٧	٠,٢٢٣	متوسط
٥	جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	٦٤	١,٣٥٢	٠,٢٤٧	متوسط
٦	استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	٦٤	١,١٤١	٠,٣٨٣	منخفض
	الكلي	٦٤	١,٣٥٩	٠,١١٤	متوسط

يبين الجدول (١٥) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور أداة مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي الستة الخاصة بالأفراد ذوي الإعاقة، حيث أظهرت النتائج في الجدول أعلاه تفاوتـًا في المتوسطات الحسابية بين محاور المقياس تراوح بين (١,١٤١~١,٤٤٥)، فكان تقدير مستوى الخدمة متفاوتـًا باختلاف درجات المتوسط الحسابي؛ إذ جاء محور "كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة" في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (١,٤٤٥) وانحراف معياري (٠,١٥٧) ومستوى خدمة متوسط، وجاء في المرتبة الأولى نفسها محـــور "وســائل التعامــل الاجتماعي (التواصل) المتبعة" بمتوسط حسابي (١,٤٤٥) وانحراف معياري (٠,١٥٧) ومستوى خدمة متوسط، أما في المرتبة الأخيرة فجاء محور "استخدام التكنولوجيا/ الأجهــزة التأهيليــة/ الخدمات المساندة" بمتوسط حسابي (١,١٤١) وانحراف معياري (٠,٣٨٣) وكان مستوى الخدمة فيه منخفضا، بينما جاء المجموع الكلي للأداة على محاور الدراسة الخاصة بالأفراد المنتفعــين بمتوسط حسابي (١,٣٥٩) وانحراف معياري (٠,١١٤) وبمستوى خدمة متوسط.

رابعاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع، الذي نص على "هل يختلف واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن تبعا لمتغير نوع الإعاقة، ونوع الخدمة، ومدة الإفادة التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة؟"

وللإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي الستة في الأداة كلاً على حدة، والدرجــة الكليــة لــلأداة تبعــا لمتغيرات الدراسة (نوع الإعاقة، ونوع الخدمة التأهيلية، ومدة الإفادة التأهيلية) للأفراد من ذوي الإعاقة على خدمات التأهيل المجتمعي في مراكز تأهيل المجتمع المحلي (مجتمع الدراسة)، كما في الجداول (١٦)، (١٩)، (٢٢)، وكذلك تم استخدام تحليل التباين الأحادي لبيان دلالة الفــروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية، كما في الجــداول (١٧)، (٢٠)، (٢٣)، وتــم اســتخدام (LCD) لتعرف المقارنات البعدية، كما هو مبين في الجداول (١٨)، (٢١).

أ- متغيّر نوع الإعاقة للأفراد ذوي الإعاقة:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور مقياس واقــع خــدمات التأهيل المجتمعي الستة في الأداة كلاً على حدة، والدرجة الكلية للمقياس تبعا لمتغيــر الدراســة (نوع الإعاقة) للفرد ذي الإعاقة، كما هي موضحة في الجدول (١٦).

الجدول (١٦)

توزيع المتوسطات الحسابيّة والانحرافات المعياريّة لمحاور الدراسة والدرجة الكليّة للمقياس وفقًا لمتغيّر نوع الإعاقة للأفراد من وجهة نظرهم

المحور	نوع الإعاقة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	عقلية	١٤	١,٣٩٣	٠,٢١٣
	سمعية	١٢	١,٣٧٥	٠,٢٢٦
	حركية	٢٠	١,٣٠٠	٠,٢٥١
	صعوبات تعلم	٣	١,٣٣٣	٠,٢٨٩
	نطقية	١٠	١,٣٠٠	٠,٣٥٠
	سلوكية	٢	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	متعدد	٣	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	الكلي	٦٤	١,٣٥٢	٠,٢٤٧
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	عقلية	١٤	١,١٤٣	٠,٤١٣
	سمعية	١٢	١,٢٠٨	٠,٣٩٦
	حركية	٢٠	١,٠٢٥	٠,٣٨٠
	صعوبات تعلم	٣	١,٠٠٠	٠,٥٠٠
	نطقية	١٠	١,٣٥٠	٠,٣٣٧
	سلوكية	٢	١,٠٠٠	٠,٠٠٠
	متعدد	٣	١,١٦٧	٠,٢٨٩
	الكلي	٦٤	١,١٤١	٠,٣٨٣
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	عقلية	١٤	١,٤٦٤	٠,١٣٤
	سمعية	١٢	١,٣٣٣	٠,٢٤٦
	حركية	٢٠	١,٣٧٥	٠,٢٢٢
	صعوبات تعلم	٣	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	نطقية	١٠	١,٢٥٠	٠,٢٦٤
	سلوكية	٢	١,٠٠٠	٠,٠٠٠
	متعدد	٣	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	الكلي	٦٤	١,٣٦٧	٠,٢٢٣

كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	عقلية	١٤	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	سمعية	١٢	١,٤٥٨	٠,١٤٤
	حركية	٢٠	١,٤٢٥	٠,١٨٣
	صعوبات تعلم	٣	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	نطقية	١٠	١,٣٥٠	٠,٢٤٢
	سلوكية	٢	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	متعدد	٣	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	الكلي	٦٤	١,٤٤٥	٠,١٥٧
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة.	عقلية	١٤	١,٣٩٣	٠,٢١٣
	سمعية	١٢	١,٣٣٣	٠,٢٤٦
	حركية	٢٠	١,٣٧٥	٠,٢٢٢
	صعوبات تعلم	٣	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	نطقية	١٠	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	سلوكية	٢	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	متعدد	٣	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	الكلي	٦٤	١,٤٠٦	٠,١٩٧
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة.	عقلية	١٤	١,٤٦٤	٠,١٣٤
	سمعية	١٢	١,٣٧٥	٠,٢٢٦
	حركية	٢٠	١,٤٥٠	٠,١٥٤
	صعوبات تعلم	٣	١,٣٣٣	٠,٢٨٩
	نطقية	١٠	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	سلوكية	٢	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	متعدد	٣	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	الكلي	٦٤	١,٤٤٥	٠,١٥٧
الكلي	عقلية	١٤	١,٣٩٣	٠,١٢٨
	سمعية	١٢	١,٣٤٧	٠,١١١
	حركية	٢٠	١,٣٢٥	٠,١١٨
	صعوبات تعلم	٣	١,٣٦١	٠,٠٤٨
	نطقية	١٠	١,٣٧٥	٠,١١٩

	سلوكية	٢	١,٣٣٣	٠,٠٠٠
	متعدد	٣	١,٤٤٤	٠,٠٤٨
	الكلي	٦٤	١,٣٥٩	٠,١١٤

يتضح من الجدول السابق وجود فروق في المتوسطات الحسابية لاستجابة عينة الأفراد من ذوي الإعاقة في مراكز التأهيل على مقياس واقع الخدمات التأهيلية وفقًا لنوع إعاقاتهم في المحاور الستة وتفاوت في قيم متوسطاتها، وكذلك على المقياس ككل. وللتحقق من الدلالة الإحصائية للفروق الظاهرية بين المتوسطات الحسابية، تم إجراء تحليل التباين الأحادي. وفي ما يأتي عرض لهذه النتائج، كما هي موضحة في الجدول (١٧).

الجدول (١٧)

نتائج تحليل التباين الأحادي لتأثير متغيّر نوع الإعاقة للأفرادعلى واقع خدمات التأهيل المجتمعي من وجهة نظرهم

المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	نوع الإعاقة	٠,٢٢١	٦	٠,٠٣٧	٠,٥٨١	٠,٧٤٤
	الخطأ	٣,٦١٨	٥٧	٠,٠٦٣		
	الكلي	٣,٨٤٠	٦٣			
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	نوع الإعاقة	٠,٨٦٢	٦	٠,١٤٤	٠,٩٧٨	٠,٤٤٩
	الخطأ	٨,٣٧٣	٥٧	٠,١٤٧		
	الكلي	٩,٢٣٤	٦٣			
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	نوع الإعاقة	٠,٦٦٠	٦	٠,١١٠	٢,٥٤٧	٠,٠٣*
	الخطأ	٢,٤٦١	٥٧	٠,٠٤٣		
	الكلي	٣,١٢١	٦٣			
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	نوع الإعاقة	٠,١٦٧	٦	٠,٠٢٨	١,١٤٠	٠,٣٥٢
	الخطأ	١,٣٩٢	٥٧	٠,٠٢٤		
	الكلي	١,٥٥٩	٦٣			
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	نوع الإعاقة	٠,٢٤٤	٦	٠,٠٤١	١,٠٥٧	٠,٣٩٩
	الخطأ	٢,١٩٣	٥٧	٠,٠٣٨		
	الكلي	٢,٤٣٨	٦٣			

وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	نوع الإعاقة	٠,١٤٧	٦	٠,٠٢٥	٠,٩٩١	٠,٤٤٠
	الخطأ	١,٤١١	٥٧	٠,٠٢٥		
	الكلي	١,٥٥٩	٦٣			
الكلي	نوع الإعاقة	٠,٠٦٧	٦	٠,٠١١	٠,٨٤٣	٠,٥٤٢
	الخطأ	٠,٧٥١	٥٧	٠,٠١٣		
	الكلي	٠,٨١٨	٦٣			

- **دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥)**

ويتضح من الجدول السابق وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥) في **محور درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها**، حيث كانت قيمة ف=٢,٥٤٧ وهي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (٠,٠٣٠).

- كما أظهر النتائج عدم وجود دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥) في المحاور الأخرى.

ولمعرفة بين أي من مستويات متغير نوع الإعاقة كانت الفروق دالة إحصائيـا، تم إجراء اختبار (LCD) لإجراء المقارنات البعدية. وفي ما يأتي عرض لهذه النتائج، كما هي موضـحة في الجدول (١٨).

الجدول (١٨)

نتائج اختبار (LCD) للمقارنات البعدية لتأثير نوع الإعاقة للأفراد على محاور الدراسة من وجهة نظرهم

المحور	مقارنات نوع الإعاقة	الفرق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	عقلية - سمعية	٠,١٣١	٠,٠٨٢	٠,١١٥
	عقلية - حركية	٠,٠٨٩	٠,٠٧٢	٠,٢٢٣
	عقلية - صعوبات تعلم	-٠,٠٣٦	٠,١٣٢	٠,٧٨٨
	عقلية - نطقية	٠,٢١٤	٠,٠٨٦	*٠,٠١٦
	عقلية - سلوكية	٠,٤٦٤	٠,١٥٧	*٠,٠٠٥
	عقلية - متعددة	-٠,٠٣٦	٠,١٣٢	٠,٧٨٨
	سمعية - حركية	-٠,٠٤٢	٠,٠٧٦	٠,٥٨٥

	سمعية - صعوبات تعلم	٠,١٦٧-	٠,١٣٤	٠,٢١٩
	سمعية - نطقية	٠,٠٨٣	٠,٠٨٩	٠,٣٥٣
	سمعية - سلوكية	٠,٣٣٣	٠,١٥٩	*٠,٠٤٠
	سمعية – متعددة	٠,١٦٧-	٠,١٣٤	٠,٢١٩
	حركية- صعوبات تعلم	٠,١٢٥-	٠,١٢٩	٠,٣٣٥
	حركية- نطقية	٠,١٢٥	٠,٠٨٠	٠,١٢٦
	حركية- سلوكية	٠,٣٧٥	٠,١٥٤	*٠,٠١٨
	حركية- متعددة	٠,١٢٥-	٠,١٢٩	٠,٣٣٥
	صعوبات تعلم - نطقية	٠,٢٥٠	٠,١٣٧	٠,٠٧٣
	صعوبات تعلم- سلوكية	٠,٥٠٠	٠,١٩٠	*٠,٠١١
	صعوبات تعلم - متعددة	٠,٠٠٠	٠,١٧٠	١,٠٠٠
	نطقية - سلوكية	٠,٢٥٠	٠,١٦١	٠,١٢٦
	نطقية - متعددة	٠,٢٥٠-	٠,١٣٧	٠,٠٧٣
	سلوكية - متعددة	٠,٥٠٠-	٠,١٩٠	*٠,٠١١

*** دال إحصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥)**

يتبين من الجدول السابق وجود تباين واضح في محور الدراسة لمناطق العمل التأهيلي من وجهة نظر الأفراد ذوي الإعاقة على مقياس واقع الخدمات التأهيلية، وهذا التباين يتضح في المقارنات البعدية الظاهرة للمحاور الآتية:

أ- درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها:

١- **العقلية ~ النطقية**: حيث كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة العقلية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى (α=٠,٠١٦)، كما يتضح في الجدول (١٦)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة العقلية (١,٤٦٤)، بينما للاضطرابات النطقية (١,٢٥٠).

٢- **العقلية ~ السلوكية**: حيث كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة العقلية للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٥)، كما يتضح في الجدول (١٦)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة العقلية (١,٤٦٤)، بينما للاضطرابات السلوكية (١,٠٠٠).

٣- **السمعية- السلوكية**: أظهرت هذه الفروق لصالح الإعاقة السمعية للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٤٠)، كما يتضح في الجدول (١٦)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة السمعية (١,٣٣٣)، بينما للاضطرابات السلوكية (١,٠٠٠).

٤- **الحركية- السلوكية**: حيث كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة الحركية للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠١٨)، كما يتضح في الجدول (١٨)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة الحركية (١,٣٧٥)، بينما للاضطرابات السلوكية (١,٠٠٠).

٥- **صعوبات التعلم- السلوكية**: أظهرت الفروق لصالح صعوبات التعلم للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠١١)، كما يتضح في الجدول (١٦)؛ إذ أن المتوسط الحسابي لصعوبات التعلم (١,٥٠٠)، بينما بلغ للاضطرابات السلوكية (١,٠٠٠).

٦- **السلوكية- المتعددة**: أظهرت الفروق لصالح الاضطرابات السلوكية للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠١١)، كما يتضح في الجدول (١٦)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للاضطرابات السلوكية (١,٠٠٠)، بينما للإعاقات المتعددة (١,٥٠٠).

ب- متغيّر نوع الخدمة التأهيليّة للأفراد ذوي الإعاقة:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور مقياس واقـع خـدمات التأهيل المجتمعي الستة في الأداة كلاً على حدة، والدرجة الكلية للمقياس تبعا لمتغيـر الدراسـة (نوع الخدمة التأهيلية) للفرد ذي الإعاقة، كما هي موضحة في الجدول (١٩).

الجدول (١٩)

توزيع المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على محاور الدراسة والدرجة الكلية للمقياس وفقـًا لنوع الخدمة التأهيلية للأفراد من وجهة نظرهم

المحور	نوع الخدمة التأهيلية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	متخصصة	١٤	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	محددة	٣٧	١,٣١١	٠,٢٧٣
	دمج	١٣	١,٣٠٨	٠,٢٥٣
	الكلي	٦٤	١,٣٥٢	٠,٢٤٧

استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	متخصصة	١٤	١,٢٥٠	٠,٣٢٥
	محددة	٣٧	١,١٢٢	٠,٣٨٠
	دمج	١٣	١,٠٧٧	٠,٤٤٩
	الكلي	٦٤	١,١٤١	٠,٣٨٣
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	متخصصة	١٤	١,٤٢٩	٠,١٨٢
	محددة	٣٧	١,٣٥١	٠,٢٣٢
	دمج	١٣	١,٣٤٦	٠,٢٤٠
	الكلي	٦٤	١,٣٦٧	٠,٢٢٣
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	متخصصة	١٤	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	محددة	٣٧	١,٤١٩	٠,١٨٧
	دمج	١٣	١,٤٦٢	٠,١٣٩
	الكلي	٦٤	١,٤٤٥	٠,١٥٧
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	متخصصة	١٤	١,٤٦٤	٠,١٣٤
	محددة	٣٧	١,٤٠٥	٠,١٩٩
	دمج	١٣	١,٣٤٦	٠,٢٤٠
	الكلي	٦٤	١,٤٠٦	٠,١٩٧
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	متخصصة	١٤	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	محددة	٣٧	١,٤٥٩	٠,١٣٨
	دمج	١٣	١,٣٤٦	٠,٢٤٠
	الكلي	٦٤	١,٤٤٥	٠,١٥٧
الكلي	متخصصة	١٤	١,٤٤٠	٠,٠٧٦
	محددة	٣٧	١,٣٤٥	٠,١٢٠
	دمج	١٣	١,٣١٤	٠,٠٩١
	الكلي	٦٤	١,٣٥٩	٠,١١٤

يتضح من الجدول السابق وجود فروق في المتوسطات الحسابية لاستجابة عينة الأفراد من ذوي الإعاقة في مراكز التأهيل على مقياس واقع الخدمات التأهيلية وفقًا لنوع الخدمة التأهيلية في المحاور الستة وتفاوت في قيم متوسطاتها، وكذلك على المقياس ككل. وللتحقق من الدلالة الإحصائية للفروق الظاهرية بين المتوسطات الحسابية، تم إجراء تحليل التباين الأحادي. وفي ما يأتي عرض لهذه النتائج، كما هي موضحة في الجدول (٢٠).

الجدول (٢٠)

نتائج التباين الأحادي لتأثير متغير نوع الخدمة التأهيلية للأفراد على محاور الدراسة من وجهة نظرهم

المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	نوع الخدمة	٠,٣٩٥	٢	٠,١٩٧	٣,٤٩٧	٠,٠٣٧*
	الخطأ	٣,٤٤٥	٦١	٠,٠٥٦		
	الكلي	٣,٨٤٠	٦٣			
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	نوع الخدمة	٠,٢٣٤	٢	٠,١١٧	٠,٧٩٢	٠,٤٥٨
	الخطأ	٩,٠٠١	٦١	٠,١٤٨		
	الكلي	٩,٢٣٤	٦٣			
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	نوع الخدمة	٠,٠٦٨	٢	٠,٠٣٤	٠,٦٧٧	٠,٥١٢
	الخطأ	٣,٠٥٣	٦١	٠,٠٥٠		
	الكلي	٣,١٢١	٦٣			
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	نوع الخدمة	٠,٠٧١	٢	٠,٠٣٦	١,٤٥٧	٠,٢٤١
	الخطأ	١,٤٨٨	٦١	٠,٠٢٤		
	الكلي	١,٥٥٩	٦٣			
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	نوع الخدمة	٠,٠٩٤	٢	٠,٠٤٧	١,٢٢٥	٠,٣٠١
	الخطأ	٢,٣٤٣	٦١	٠,٠٣٨		
	الكلي	٢,٤٣٨	٦٣			
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	نوع الخدمة	٠,١٧٧	٢	٠,٠٨٩	٣,٩١٠	٠,٠٢٥*
	الخطأ	١,٣٨١	٦١	٠,٠٢٣		
	الكلي	١,٥٥٩	٦٣			
الكلي	نوع الخدمة	٠,١٢٧	٢	٠,٠٦٣	٥,٥٩٨	٠,٠٠٦*
	الخطأ	٠,٦٩١	٦١	٠,٠١١		
	الكلي	٠,٨١٨	٦٣			

*** دال إحصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥)**

ويتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهريـة فـي المتوسـطات الحـسابية دالـة إحصائيـا، عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥) في محاور المقياس الآتية:

١- **محور جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة**، حيث كانت قيمة ف=٣,٤٩٧ وهي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (٠,٠٣٧).

٢- **محور وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة**، حيث كانت قيمة ف=٣,٩١٠ وهي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (٠,٠٢٥).

٣- **الدرجة الكلية للمقياس**، حيث كانت قيمة ف=٥,٥٩٨ وهي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (٠,٠٠٦).

- كما تظهر النتائج في الجدول نفسه عدم وجود دلالة إحصائية عند مـستوى الدلالـة (α= ٠,٠٥) في المحاور الأخرى.

ولمعرفة بين أي من مستويات متغير نوع الخدمة التأهيلية كانت الفروق دالة إحصائيـا، تم إجراء اختبار (LCD) لإجراء المقارنات البعدية. ويوضح الجدول (٢١) ذلك.

الجدول (٢١)

نتائج اختبار (LCD) للمقارنات البعدية لتأثير نوع الخدمة التأهيلية للأفراد على محاور الدراسة من وجهة نظرهم

المحور	مقارنات نوع الخدمة التأهيلية	الفرق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	*مستوى الدلالة*
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	متخصصة - محددة	٠,١٨٩	٠,٠٧٥	*٠,٠١٤**
	متخصصة - دمج	٠,١٩٢	٠,٠٩٢	*٠,٠٤٠**
	محددة - دمج	٠,٠٠٣	٠,٠٧٧	*٠,٩٦٨*
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	متخصصة - محددة	٠,٠٤٠٥	٠,٠٤٧	*٠,٣٩٤*
	متخصصة - دمج	٠,١٥٤	٠,٠٥٨	*٠,٠١٠**
	محددة - دمج	٠,١١٣	٠,٠٤٩	*٠,٠٢٣**
الكلي	متخصصة - محددة	٠,٠٩٥٩	٠,٠٣٣	*٠,٠٠٦**
	متخصصة - دمج	٠,١٢٦	٠,٠٤١	*٠,٠٠٣**
	محددة - دمج	*٠,٠٣١*	*٠,٠٣٤*	*٠,٣٧٨*

*** دال إحصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥)**

يبين الجدول السابق وجود تباين واضح في محور الدراسة لنوع الخدمات التأهيلية مـن وجهة نظر الأفراد ذوي الإعاقة في مراكز التأهيل المجتمعي علـى مقيـاس واقـع الخـدمات التأهيلية، وهذا التباين يتضح في المقارنات البعدية الظاهرة للمحاور الآتية:

أ- محور جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة:

١- **المتخصصة- المحددة**: أظهرت الفروق لصالح الخدمات المتخصصة بالنـسبة للأفـراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى (α=٠,٠١٤)، كمـا يتضح في الجدول (١٩)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للخدمات المتخصصة (١,٥٠٠)، بينمـا للخدمات المحددة (١,٣١١).

٢- **المتخصصة- الدمج**: أظهرت الفروق لـصالح الخـدمات المتخصـصة للأفـراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى (α=٠,٠٤٠)، كما يتضح في الجدول (٢٢)؛ إذ أن المتوسط الحـسابي للخـدمات المتخصـصة (١,٥٠٠)، بينمـا المتوسط لخدمات الدمج (١,٣٠٨).

ب- محور وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة:

١- **المتخصصة- الـدمج**: أظهرت هذه الفروق لصالح الخدمات المتخصصة للأفـراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠١٠)، كما يتضح في الجدول (١٩)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للخدمات المتخصصة (١,٥٠٠)، بينمـا الدمج (١,٣٤٦).

٢- **المحددة- الدمج**: حيث كانت هذه الفروق لصالح الخدمات المحددة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢٣)، كما يتـضح في الجدول (٢٢)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للخدمات المحددة (١,٤٥٩)، بينمـا لخـدمات الدمج (١,٣٤٦).

ج- **الدرجة الكلية للمقياس**:

١- **المتخصصة- المحـددة**: أظهرت هذه الفروق لصالح الخدمات المتخصصة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٦)، كما يتضح في الجدول (١٩)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للخدمات المتخصصة (١,٤٤٠)، بينمـا للخدمات المحددة (١,٣٤٥).

٢- **المتخصصة- الدمج**: حيث كانت هذه الفروق لصالح الخدمات المتخصصة للأفـراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٣)، كما يتضح في الجدول (١٩)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للخدمات المتخصصة (١,٤٤٠)، بينمـا لخدمات الدمج (١,٣١٤).

ج- متغيّر مدة الإفادة التأهيليّة للأفراد ذوي الإعاقة:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي الستة في الأداة كلاً على حدة، والدرجة الكلية للمقيـاس تبعـا لمتغيـر الدراسة (مدة الإفادة من الخدمة) للفرد ذي الإعاقة، كما هي موضحة في الجدول (٢٢).

الجدول (٢٢)

توزيع المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على محاور الدراسة والدرجة الكلية للمقياس وفقـًا لمتغير مدة الإفادة من الخدمات التأهيلية للأفراد من وجهة نظرهم

المحور	مدة الإفادة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	أقل من سنة	١٠	١,٤٥٠	٠,١٥٨
	١-٣ سنوات	٢٨	١,٣٧٥	٠,٢٢٠
	أكثر من ٣ سنوات	٢٦	١,٢٨٨	٠,٢٨٩
	الكلي	٦٤	١,٣٥٢	٠,٢٤٧
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	أقل من سنة	١٠	١,١٥٠	٠,٤١٢
	١-٣ سنوات	٢٨	١,١٢٥	٠,٣٥٠
	أكثر من ٣ سنوات	٢٦	١,١٥٤	٠,٤١٩
	الكلي	٦٤	١,١٤١	٠,٣٨٣
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	أقل من سنة	١٠	١,٤٥٠	٠,١٥٨
	١-٣ سنوات	٢٨	١,٣٣٩	٠,٢٣٨
	أكثر من ٣ سنوات	٢٦	١,٣٦٥	٠,٢٢٦
	الكلي	٦٤	١,٣٦٧	٠,٢٢٣
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	أقل من سنة	١٠	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	١-٣ سنوات	٢٨	١,٤٤٦	٠,١٥٧
	أكثر من ٣ سنوات	٢٦	١,٤٢٣	٠,١٨٤
	الكلي	٦٤	١,٤٤٥	٠,١٥٧

وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	أقل من سنة	١٠	١,٤٥٠	٠,١٥٨
	١-٣ سنوات	٢٨	١,٤١١	٠,١٩٥
	أكثر من ٣ سنوات	٢٦	١,٣٨٥	٠,٢١٥
	الكلي	٦٤	١,٤٠٦	٠,١٩٧
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	أقل من سنة	١٠	١,٥٠٠	٠,٠٠٠
	١-٣ سنوات	٢٨	١,٤٢٩	٠,١٧٨
	أكثر من ٣ سنوات	٢٦	١,٤٤٢	٠,١٦٣
	الكلي	٦٤	١,٤٤٥	٠,١٥٧
الكلي	أقل من سنة	١٠	١,٤١٧	٠,٠٨٨
	١-٣ سنوات	٢٨	١,٣٥٤	٠,١٠٥
	أكثر من ٣ سنوات	٢٦	١,٣٤٣	٠,١٢٨
	الكلي	٦٤	١,٣٥٩	٠,١١٤

يتضح من الجدول السابق وجود فروق في المتوسطات الحسابية لاستجابة عينة الأفراد ذوي الإعاقة في مراكز التأهيل على مقياس واقع الخدمات التأهيلية وفقًا لمدة الإفادة من الخدمات التأهيلية في المحاور الستة وتفاوت في قيم متوسطاتها، وكذلك على المقياس ككل. وللتحقق من الدلالة الإحصائية للفروق الظاهرية بين المتوسطات الحسابية، تم إجراء تحليل التباين الأحادي. وفي ما يأتي عرض لهذه النتائج، كما هي موضحة في الجدول (٢٣).

الجدول (٢٣)

نتائج تحليل التباين الأحادي لتأثير متغير مدة الإفادة من الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة من وجهة نظرهم

المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	مدة الإفادة	٠,٢١٦	٢	٠,١٠٨	١,٨١٦	٠,١٧١
	الخطأ	٣,٦٢٤	٦١	٠,٠٥٩		
	الكلي	٣,٨٤٠	٦٣			
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	مدة الإفادة	٠,٠١٢	٢	٠,٠٠٦	٠,٠٤١	٠,٩٦٠
	الخطأ	٩,٢٢٢	٦١	٠,١٥١		
	الكلي	٩,٢٣٤	٦٣			

درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	مدة الإفادة	٠,٠٩٠	٢	٠,٠٤٥	٠,٩١٠	٠,٤٠٨
	الخطأ	٣,٠٣١	٦١	٠,٠٥٠		
	الكلي	٣,١٢١	٦٣			
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	مدة الإفادة	٠,٠٤٣	٢	٠,٠٢١	٠,٨٦١	٠,٤٢٨
	الخطأ	١,٥١٦	٦١	٠,٠٢٥		
	الكلي	١,٥٥٩	٦٣			
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	مدة الإفادة	٠,٠٣٢	٢	٠,٠١٦	٠,٤٠٤	٠,٦٦٩
	الخطأ	٢,٤٠٦	٦١	٠,٠٣٩		
	الكلي	٢,٤٣٨	٦٣			
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	مدة الإفادة	٠,٠٣٨	٢	٠,٠١٩	٠,٧٦٢	٠,٤٧١
	الخطأ	١,٥٢١	٦١	٠,٠٢٥		
	الكلي	١,٥٥٩	٦٣			
الكلي	مدة الإفادة	٠,٠٤١	٢	٠,٠٢٠	١,٥٩٣	٠,٢١٢
	الخطأ	٠,٧٧٧	٦١	٠,٠١٣		
	الكلي	٠,٨١٨	٦٣			

*** دال إحصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥)**

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية دالـة إحـصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥) في المحاور الستة لمقياس واقع الخـدمات التأهيليـة بالنـسبة لمتغير مدة الإفادة التأهيلية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة والمجموع الكلي للأداة.

خامسًا: النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: الذي نص على "ما واقع خـدمات التأهيـل المجتمعـي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، من وجهة نظر أسر الأفراد ذوي الإعاقة ؟".

وللإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكـل محاور مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة ولأسرهم، كما تـم حـساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري الكلي لأداة المقياس من وجهة نظر الأسر، كما هو مبين في الجدول (٢٤).

الجدول (٢٤)

توزيع المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور الدراسة من وجهة نظر الأسر

الرقم	المحور	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى الخدمة
١	وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	٢,٩٦٢	٠,٧٠٩	مرتفع
٢	جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	٢,٧٧٠	٠,٦٨١	مرتفع
٣	درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	٢,٦٩٦	٠,٦٧٠	مرتفع
٤	استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	٢,٥٣٨	٠,٨٠٤	متوسط
٥	وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	٢,٤٣٨	٠,٧٦٣	متوسط
٦	كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	٢,٤٣٠	٠,٥١٢	متوسط
الكلي		٢,٦٤٣	٠,٥٧٦	متوسط

يبين الجدول (٢٤) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور أداة مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي الستة الخاصة بأسر الأفراد ذوي الإعاقة، حيث أظهرت النتائج في الجدول أعلاه تفاوتًا في المتوسطات الحسابية بين محاور المقياس تراوح بين (٢,٤٣٠~٢,٩٦٢)، في حين تقدير مستوى الخدمة متفاوتًا في درجات الاختلاف للمتوسط الحسابي، حيث جاء محور " وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة" في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (٢,٩٦٢) وانحراف معياري (٠,٧٠٩) وبمستوى خدمة مرتفع. وفي المرتبة الأخيرة جاء بمستوى متوسط من الخدمة، محور "كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة" بمتوسط حسابي (٢,٤٣٠) وانحراف معياري (٠,٥١٢)، أما المجموع الكلي للأداة على محاور الدراسة الخاصة بأسر الأفراد ذوي الإعاقة فجاء بمستوى خدمة متوسط أيضا؛ إذ بلغ متوسطه الحسابي (٢,٦٤٣) وانحرافه المعياري (٠,٥٧٦).

سادسًا: النتائج المتعلقة بالسؤال السادس، الذي نص على "هل يختلـف واقـع خـدمات التأهيـل المجتمعي للأفراد المعاقين وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعـة لوكالـة الغـوث الدولية في الأردن تبعا لمتغير نوع الإعاقة، ونوع الخدمة التأهيلية، ومدة الإفادة مـن الخدمـة التأهيلية من وجهة نظر أسر الأفراد ذوي الإعاقة؟"

وللإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسـطات الحـسابية والانحرافـات المعياريـة لمحاور مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي الستة في الأداة كلاً على حدة، والدرجـة الكليـة للأداة تبعا لمتغيرات الدراسة (نوع الإعاقة، ونوع الخدمة التأهيلية، ومدة الإفادة التأهيلية) لأسر الأفراد ذوي الإعاقة من وجهة نظرهم على خدمات التأهيل المجتمعي في مراكز تأهيل المجتمع المحلي (مجتمع الدراسة) كما في الجداول (٢٥)، (٢٨)، (٣٠)، وكذلك تم استخدام تحليل التباين الأحادي لبيان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية، كما في الجداول (٢٦)، (٢٩)، (٣١)، وتم استخدام (LCD) لتعرف المقارنات البعدية كما هو مبين في الجداول (٢٧)، (٣٢).

أ- متغيّر نوع الإعاقة للأفراد ذوي الإعاقة:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور مقياس واقـع خـدمات التأهيل المجتمعي الستة في الأداة كلاً على حدة، والدرجة الكلية للمقياس تبعا لمتغيـر الدراسـة (نوع الإعاقة) للفرد ذي الإعاقة من وجهة نظر أسرهم، كما هي موضحة في الجدول (٢٥).

الجدول (٢٥)

توزيع المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور الدراسة والدرجات الكلية للمقياس وفقـًا لمتغير نوع الإعاقة للأفراد من وجهة نظر أسرهم

المحور	نوع الإعاقة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	عقلية	٤٠	٢,٩٨٨	٠,٦٦٦
	سمعية	٤٦	٢,٨٣٤	٠,٦٦٢
	حركية	٦٥	٢,٨٣٦	٠,٦٨٧
	توحد	٥	٢,٥٣٨	٠,٧٢٣
	صعوبات تعلم	٩	٢,٢٨٢	٠,٣٦٢
	نطقية	٢٩	٢,٦٩٧	٠,٦٤٠
	سلوكية	٤	٢,٠٣٨	٠,٤٣٠
	متعددة	١٤	٢,٣٧٥	٠,٦٨٣
	الكلي	٢١٢	٢,٧٧٠	٠,٦٨١

استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	عقلية	٤٠	٢,٥٨٤	٠,٨٦٩
	سمعية	٤٦	٢,٨٢٢	٠,٧٣٣
	حركية	٦٥	٢,٤٦٦	٠,٨١٢
	توحد	٥	٢,٤٠٠	٠,٦٨٨
	صعوبات تعلم	٩	١,٨٢٨	٠,٥٧٨
	نطقية	٢٩	٢,٥٢٤	٠,٨١٣
	سلوكية	٤	٢,٢٠٥	٠,١٣٦
	متعددة	١٤	٢,٤٤٢	٠,٧٨٩
	الكلي	٢١٢	٢,٥٣٨	٠,٨٠٤
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنّية (التقنية) ومدى استخدامها	عقلية	٤٠	٢,٨٦١	٠,٦٥٣
	سمعية	٤٦	٢,٧٦٧	٠,٦٩٨
	حركية	٦٥	٢,٧٤٩	٠,٧١١
	توحد	٥	٢,٧١٥	٠,٦٩٣
	صعوبات تعلم	٩	٢,٢٣٦	٠,٤٨٩
	نطقية	٢٩	٢,٦١٢	٠,٥٢٢
	سلوكية	٤	١,٩٧٧	٠,٢٥٢
	متعددة	١٤	٢,٤٢٢	٠,٦٥٢
	الكلي	٢١٢	٢,٦٩٦	٠,٦٧٠
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	عقلية	٤٠	٢,٥١٤	٠,٥٣٩
	سمعية	٤٦	٢,٤٩٧	٠,٤٧٦
	حركية	٦٥	٢,٤٥٦	٠,٥٣٧
	توحد	٥	٢,٢٦٢	٠,٦١٨
	صعوبات تعلم	٩	٢,٢٦٨	٠,٦٦٥
	نطقية	٢٩	٢,٣٧٧	٠,٣٩٢
	سلوكية	٤	١,٩٤٠	٠,٣٤٦
	متعددة	١٤	٢,٢٥٦	٠,٥٠٣
	الكلي	٢١٢	٢,٤٣٠	٠,٥١٢
	عقلية	٤٠	٢,٧٢٨	٠,٧٨٧
	سمعية	٤٦	٢,٥٦٤	٠,٧٥٢

وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	حركية	٦٥	٢,٣٣٣	٠,٧٧٣
	توحد	٥	٢,١١٨	٠,٨٨٤
	صعوبات تعلم	٩	٢,٠٧٦	٠,٥٦١
	نطقية	٢٩	٢,٣٥٤	٠,٦٩٨
	سلوكية	٤	١,٩٧٧	٠,١٣٦
	متعددة	١٤	٢,٣٣٨	٠,٧٨٨
	الكلي	٢١٢	٢,٤٣٨	٠,٧٦٣
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	عقلية	٤٠	٣,١١٤	٠,٦٨٤
	سمعية	٤٦	٣,٠٥٢	٠,٧١٩
	حركية	٦٥	٢,٩٨٨	٠,٧٣٠
	توحد	٥	٢,٨٠٠	٠,٦١٥
	صعوبات تعلم	٩	٢,٦٥٣	٠,٥٧٥
	نطقية	٢٩	٢,٧٨٢	٠,٦٦٤
	سلوكية	٤	٢,٢١٩	٠,٢٣١
	متعددة	١٤	٢,٩٥٥	٠,٧٩٧
	الكلي	٢١٢	٢,٩٦٢	٠,٧٠٩
الكلي	عقلية	٤٠	٣,١١٤	٠,٦٨٤
	سمعية	٤٦	٢,٧٣٧	٠,٥٧٣
	حركية	٦٥	٢,٦٥٩	٠,٥٩٥
	توحد	٥	٢,٤٨٠	٠,٦٠٧
	صعوبات تعلم	٩	٢,٢٤٥	٠,٣٩٠
	نطقية	٢٩	٢,٥٦٣	٠,٤٧٥
	سلوكية	٤	٢,٠٢٨	٠,٢٢٠
	متعددة	١٤	٢,٤٢٤	٠,٦٠٨
	الكلي	٢١٢	٢,٦٤٣	٠,٥٧٦

يتضح من الجدول السابق وجود فروق في المتوسطات الحسابية لاستجابة عينـة أسـر الأفراد ذوي الإعاقة في مراكز التأهيل على مقياس واقع الخدمات التأهيلية وفقـًا لنوع الإعاقـة للأفراد المنتفعين من الأسرة، التي تظهر في المحاور الستة، واختلاف فـي قـيم متوسـطاتها، وكذلك في المقياس ككل. وللتحقق من الدلالـة الإحـصائية للفـروق الظاهريـة بـين المتوسطات الحسابية، تم إجراء تحليل التباين الأحادي. وفي ما يأتي عرض لهذه النتائج، كمـا هي موضحة في الجدول (٢٦).

الجدول (٢٦)

نتائج تحليل التباين الأحادي لتأثير متغير نوع الإعاقة للأفراد من ذوي الإعاقة على واقع خدمات التأهيل المجتمعي من وجهة نظر أسرهم

المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
جودة تقديم الخدمات والبرامج الطبقة	نوع الإعاقة	٩,٢٧٤	٧	١,٣٢٥	٣,٠٥٥	٠,٠٠٤*
	الخطأ	٨٨,٤٥٢	٢٠٤	٠,٤٣٤		
	الكلي	٩٧,٧٢٦	٢١١			
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	نوع الإعاقة	٩,٣٤٨	٧	١,٣٣٥	٢,١٤٤	٠,٠٤١*
	الخطأ	١٢٧,٠٦٣	٢٠٤	٠,٦٢٣		
	الكلي	١٣٦,٤١٠	٢١١			
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	نوع الإعاقة	٦,٧٢٣	٧	٠,٩٦٠	٢,٢٢٤	٠,٠٣٤*
	الخطأ	٨٨,١٠١	٢٠٤	٠,٤٣٢		
	الكلي	٩٤,٨٢٤	٢١١			
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	نوع الإعاقة	٢,٣٧٥	٧	٠,٣٣٩	١,٣٠٦	٠,٢٤٩
	الخطأ	٥٢,٩٨١	٢٠٤	٠,٢٦٠		
	الكلي	٥٥,٣٥٦	٢١١			
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	نوع الإعاقة	٧,٧٠٦	٧	١,١٠١	١,٩٤٨	٠,٠٦٤
	الخطأ	١١٥,٢٥٥	٢٠٤	٠,٥٦٥		
	الكلي	١٢٢,٩٦١	٢١١			

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥) ، ولإظهار هذه الفوارق الإحصائية في محاور المقياس لواقـع الخدمات التأهيلية بالنسبة لمتغير نوع الإعاقة للأفراد المنتفعين لدى أسر الأفراد ذوي الإعاقة.

يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥) في المحـاور الآتية:

١- **محور جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة،** حيث كانت قيمة ف=٣,٠٥٥ وهي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (٠,٠٠٤).

٢- **محور استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة**، حيث كانـت قيمـة ف=٢,١٤٤ وهي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (٠,٠٤١).

٣- **محور درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها**، حيث كانت قيمة ف=٢,٢٢٤ وهي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (٠,٠٣٤).

٤- **الدرجة الكلية للمقياس،** حيث كانت قيمة ف=٢,٥٠٠ وهي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (٠,٠١٧).

- كما أظهر النتائج عدم وجود دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥) في المحاور الآخرى:

ولمعرفة بين أي من مستويات متغير نوع الإعاقة كانت الفروق دالة إحـصائيـا، تـم إجراء اختبار (LCD) لإجراء المقارنات البعدية، كما هو مبين في الجدول (**٢٧**).

الجدول (٢٧)

نتائج اختبار (LCD) للمقارنات البعدية لتأثير نوع الإعاقة للأفراد على محاور الدراسة من وجهة نظر أسرهم

المحور	المقارنات	الفرق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	عقلية - سمعية	٠,١٥٤	٠,١٤٢	٠,٢٨١
	عقلية - حركية	٠,١٥٢	٠,١٣٢	٠,٢٥٢
	عقلية - توحد	٠,٤٥٠	٠,٣١٢	٠,١٥١
	عقلية - صعوبات تعلم	٠,٧٠٦	٠,٢٤٣	٠,٠٠٤*
	عقلية - نطقية	٠,٢٩٢	٠,١٦١	٠,٠٧١
	عقلية - سلوكية	٠,٩٥٠	٠,٣٤٥	٠,٠٠٦*
	عقلية - متعددة	٠,٦١٣	٠,٢٠٤	٠,٠٠٣*
	سمعية - حركية	-٠,٠٠٢	٠,١٢٧	٠,٩٨٧
	سمعية - توحد	٠,٢٩٦	٠,٣١٠	٠,٣٤١
	سمعية - صعوبات تعلم	٠,٥٥٢	٠,٢٤٠	٠,٠٢٢*
	سمعية - نطقية	٠,١٣٨	٠,١٥٦	٠,٣٧٩
	سمعية - سلوكية	٠,٧٩٦	٠,٣٤٣	٠,٠٢١*
	سمعية – متعددة	٠,٤٥٩	٠,٢٠١	٠,٠٢٣*
	حركية - توحد	٠,٢٩٨	٠,٣٠٦	٠,٣٣١
	حركية - صعوبات تعلم	٠,٥٥٤	٠,٢٣٤	٠,٠١٩*
	حركية - نطقية	٠,١٤٠	٠,١٤٧	٠,٣٤٣
	حركية- سلوكية	٠,٧٩٨	٠,٣٣٩	٠,٠٢٠*
	حركية- متعددة	٠,٤٦١	٠,١٩٤	٠,٠١٨*
	توحد - صعوبات تعلم	٠,٢٥٦	٠,٣٦٧	٠,٤٨٦
	توحد - نطقية	-٠,١٥٨	٠,٣١٩	٠,٦٢٠
	توحد - سلوكية	٠,٥٠٠	٠,٤٤٢	٠,٢٥٩
	توحد - متعددة	٠,١٦٣	٠,٣٤٣	٠,٦٣٥

	صعوبات تعلم - نطقية	٠,٤١٥-	٠,٢٥١	٠,١٠٠
	صعوبات تعلم- سلوكية	٠,٢٤٤	٠,٣٩٦	٠,٥٣٩
	صعوبات تعلم- متعددة	٠,٠٩٣-	٠,٢٨١	٠,٧٤٠
	نطقية - سلوكية	٠,٦٥٨	٠,٣٥١	٠,٠٦٢
	نطقية - متعددة	٠,٣٢١	٠,٢١٤	٠,١٣٥
	سلوكية- متعددة	٠,٣٣٧-	٠,٣٧٣	٠,٣٦٨
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	عقلية - سمعية	٠,٢٣٨-	٠,١٧١	٠,١٦٤
	عقلية - حركية	٠,١١٨	٠,١٥٩	٠,٤٥٦
	عقلية - توحد	٠,١٨٤	٠,٣٧٤	٠,٦٢٣
	عقلية - صعوبات تعلم	٠,٧٥٦	٠,٢٩١	*٠,٠١٠
	عقلية - نطقية	٠,٠٦١	٠,١٩٢	٠,٧٥٣
	عقلية - سلوكية	٠,٣٨٠	٠,٤١٤	٠,٣٦٠
	عقلية - متعددة	٠,١٤٣	٠,٢٤٥	٠,٥٦١
	سمعية - حركية	٠,٣٥٦	٠,١٥٢	*٠,٠٢٠
	سمعية - توحد	٠,٤٢٢	٠,٣٧٢	٠,٢٥٧
	سمعية - صعوبات تعلم	٠,٩٩٤	٠,٢٨٨	*٠,٠٠١
	سمعية - نطقية	٠,٢٩٩	٠,١٨٧	٠,١١٢
	سمعية - سلوكية	٠,٦١٨	٠,٤١١	٠,١٣٥
	سمعية – متعددة	٠,٣٨١	٠,٢٤١	٠,١١٦
	حركية - توحد	٠,٠٦٦	٠,٣٦٦	٠,٨٥٨
	حركية - صعوبات تعلم	٠,٦٣٧	٠,٢٨١	*٠,٠٢٤
	حركية - نطقية	٠,٠٥٨-	٠,١٧٦	٠,٧٤٣
	حركية - سلوكية	٠,٢٦١	٠,٤٠٧	٠,٥٢١
	حركية - متعددة	٠,٠٢٤	٠,٢٣٣	٠,٩١٧
	توحد - صعوبات تعلم	٠,٥٧٢	٠,٤٤٠	٠,١٩٥
	توحد - نطقية	٠,١٢٤-	٠,٣٨٢	٠,٧٤٧
	توحد - سلوكية	٠,١٩٥	٠,٥٢٩	٠,٧١٢

	توحد - متعددة	٠,٠٤٢-	٠,٤١١	٠,٩٢٠
	صعوبات تعلم - نطقية	- ٠,٦٩٥	٠,٣٠١	٠,٠٢٢*
	صعوبات تعلم- سلوكية	٠,٣٧٦-	٠,٤٧٤	٠,٤٢٨
	صعوبات تعلم- متعددة	٠,٦١٣-	٠,٣٣٧	٠,٠٧٠
	نطقية - سلوكية	٠,٣١٩	٠,٤٢١	٠,٤٤٩
	نطقية - متعددة	٠,٠٨٢	٠,٢٥٧	٠,٧٥٠
	سلوكية- متعددة	٠,٢٣٧-	٠,٤٤٧	٠,٥٩٧
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	عقلية - سمعية	٠,٠٩٤	٠,١٤٢	٠,٥١٠
	عقلية - حركية	٠,١١٢	٠,١٣٢	٠,٣٩٨
	عقلية - توحد	٠,١٤٨	٠,٣١٢	٠,٦٤١
	عقلية - صعوبات تعلم	٠,٦٢٥	٠,٢٤٢	٠,٠١١*
	عقلية - نطقية	٠,٢٤٨	٠,١٦٠	٠,١٢٣
	عقلية - سلوكية	٠,٨٨٣	٠,٣٤٥	٠,٠١١*
	عقلية - متعددة	٠,٤٣٨	٠,٢٠٤	٠,٠٣٣*
	سمعية - حركية	٠,٠١٨	٠,١٢٧	٠,٨٨٧
	سمعية - توحد	٠,٠٥٢	٠,٣٠٩	٠,٨٦٨
	سمعية - صعوبات تعلم	٠,٥٣١	٠,٢٤٠	٠,٠٢٨*
	سمعية - نطقية	٠,١٥٤	٠,١٥٦	٠,٣٢٣
	سمعية - سلوكية	٠,٧٩٠	٠,٣٤٣	٠,٠٢٢*
	سمعية – متعددة	٠,٣٤٥	٠,٢٠١	٠,٠٨٧
	حركية - توحد	٠,٠٣٤	٠,٣٠٥	٠,٩١٢
	حركية - صعوبات تعلم	٠,٥١٣	٠,٢٣٤	٠,٠٢٩*
	حركية- نطقية	٠,١٣٦	٠,١٤٧	٠,٣٥٤
	حركية- سلوكية	٠,٧٧١	٠,٣٣٩	٠,٠٢٤*
	حركية - متعددة	٠,٣٢٧	٠,١٩٤	٠,٠٩٣
	توحد - صعوبات تعلم	٠,٤٧٩	٠,٣٦٧	٠,١٩٢
	توحد - نطقية	٠,١٠٣	٠,٣١٨	٠,٧٤٧

	توحد - سلوكية	٠,٧٣٨	٠,٤٤١	٠,٠٩٦
	توحد - متعددة	٠,٢٩٣	٠,٣٤٢	٠,٣٩٣
	صعوبات تعلم - نطقية	٠,٣٧٧-	٠,٢٥١	٠,١٣٥
	صعوبات تعلم- سلوكية	٠,٢٥٨	٠,٣٩٥	٠,٥١٤
	صعوبات تعلم- متعددة	٠,١٨٦-	٠,٢٨١	٠,٥٠٧
	نطقية - سلوكية	٠,٦٣٥	٠,٣٥١	٠,٠٧١
	نطقية - متعددة	٠,١٩٠	٠,٢١٤	٠,٣٧٥
	سلوكية- متعددة	٠,٤٤٥-	٠,٣٧٣	٠,٢٣٤
الكلي	عقلية - سمعية	٠,٠٧٧	٠,١٢١	٠,٥٢٦
	عقلية - حركية	٠,١٥٥	٠,١١٣	٠,١٧٠
	عقلية - توحد	٠,٣٣٤	٠,٢٦٦	٠,٢١١
	عقلية - صعوبات تعلم	٠,٥٦٩	٠,٢٠٧	*٠,٠٠٧
	عقلية - نطقية	٠,٢٥٢	٠,١٣٧	٠,٠٦٨
	عقلية - سلوكية	٠,٧٨٦	٠,٢٩٥	*٠,٠٠٨
	عقلية - متعددة	٠,٣٩٠	٠,١٧٤	*٠,٠٢٦
	سمعية - حركية	٠,٠٧٨	٠,١٠٨	٠,٤٧٠
	سمعية - توحد	٠,٢٥٧	٠,٢٦٥	٠,٣٣٣
	سمعية - صعوبات تعلم	٠,٤٩٢	٠,٢٠٥	*٠,٠١٧
	سمعية - نطقية	٠,١٧٤	٠,١٣٣	٠,١٩٢
	سمعية - سلوكية	٠,٧٠٩	٠,٢٩٣	*٠,٠١٦
	سمعية – متعددة	٠,٣١٣	٠,١٧١	٠,٠٦٩
	حركية - توحد	٠,١٧٩	٠,٢٦١	٠,٤٩٤
	حركية - صعوبات تعلم	٠,٤١٤	٠,٢٠٠	*٠,٠٤٠
	حركية - نطقية	٠,٠٩٦	٠,١٢٥	٠,٤٤٤
	حركية - سلوكية	٠,٦٣٠	٠,٢٨٩	*٠,٠٣١
	حركية - متعددة	٠,٢٣٥	٠,١٦٦	٠,١٥٧
	توحد - صعوبات تعلم	٠,٢٣٥	٠,٣١٣	٠,٤٥٤

	توحد - نطقية	-٠,٠٨٣	٠,٢٧٢	٠,٧٦٢
	توحد - سلوكية	٠,٤٥٢	٠,٣٧٧	٠,٢٣٢
	توحد - متعددة	٠,٠٥٦	٠,٢٩٣	٠,٨٤٨
	صعوبات تعلم - نطقية	-٠,٣١٧	٠,٢١٤	٠,١٤٠
	صعوبات تعلم- سلوكية	٠,٢١٧	٠,٣٣٨	٠,٥٢١
	صعوبات تعلم - متعددة	-٠,١٧٩	٠,٢٤٠	٠,٤٥٨
	نطقية - سلوكية	٠,٥٣٤	٠,٣٠٠	٠,٠٧٦
	نطقية - متعددة	٠,١٣٩	٠,١٨٣	٠,٤٤٩
	سلوكية - متعددة	-٠,٣٩٦	٠,٣١٨	٠,٢١٦

*** دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥)**

يتبين من الجدول السابق وجود تباين واضح في محاور المقياس لمتغير نـوع الإعاقـة بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة في مراكز التأهيل المجتمعي من وجهة نظر أسرهم علـى مقيـاس واقع الخدمات المجتمعي، وهذا التباين يتضح في المقارنات البعدية الظاهرة للمحاور الآتية:

أ- محور جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة:

١- العقلية- صعوبات تعلم: حيث كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة العقلية بالنسبة للأفراد من ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٤)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة العقليـة (٢,٩٨٨)، بينمـا لصعوبات التعلم (٢,٢٨٢).

٢- العقلية- السلوكية: أظهرت الفروق لصالح الإعاقة العقلية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٦)، كما يتـضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة العقلية (٢,٩٨٨)، بينما للاضطرابات السلوكية (٢,٠٣٨).

٣- العقلية- المتعددة: حيث كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة العقلية بالنـسبة للأفـراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٣)، كما يتضح في الجدول (٢٨)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة العقلية (٢,٩٨٨)، بينمـا للإعاقة المتعددة (٢,٣٧٥).

٤- **السمعية- صعوبات تعلم:** كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة السمعية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢٢)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقـة الـسمعية (٢,٨٣٤)، بينمـا لصعوبات التعلم (٢,٢٨٢).

٥- **السمعية- السلوكية:** كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة السمعية بالنـسبة للأفـراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢١)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقـة الـسمعية (٢,٨٣٤)، بينمـا للاضطرابات السلوكية (٢,٠٣٨)

٦- **السمعية- المتعددة:** حيث كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة السمعية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢٣)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقـة الـسمعية (٢,٨٣٤)، بينمـا للإعاقة المتعددة (٢,٣٧٥).

٧- **الحركية- صعوبات تعلم:** أظهرت الفروق لصالح الإعاقة الحركية بالنسبة للأفـراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠١٩)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقـة الحركيـة (٢,٨٣٦)، بينمـا لصعوبات التعلم (٢,٢٨٢).

٨- **الحركية- السلوكية:** كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة الحركيـة بالنـسبة للأفـراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢٠)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقـة الحركيـة (٢,٨٣٦)، بينمـا للاضطرابات السلوكية (٢,٠٣٨).

٩- **الحركية- المتعددة:** كما أظهرت الفروق لصالح الإعاقة الحركية بالنـسبة للأفـراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠١٨)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقـة الحركيـة (٢,٨٣٦)، بينمـا للإعاقة المتعددة (٢,٣٧٥).

ب- محور استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة:

١- العقلية- صعوبات تعلم: حيث كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة العقلية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠١٠)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة العقلية (٢,٥٨٤)، بينما لصعوبات التعلم (١,٨٢٨).

٢- السمعية- الحركية: كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة السمعية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢٠)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة السمعية (٢,٨٢٢)، بينما لصعوبات التعلم (٢,٤٦٦).

٣- السمعية- صعوبات تعلم: كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة السمعية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠١)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة السمعية (٢,٨٢٢)، بينما لصعوبات التعلم (١,٨٢٨).

٤- الحركية- صعوبات تعلم: أظهرت الفروق لصالح الإعاقة الحركية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢٤)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة الحركية (٢,٤٦٦)، بينما لصعوبات التعلم (١,٨٢٨).

٥- صعوبات تعلم - النطقية: أظهرت الفروق لصالح الاضطرابات النطقية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى (α=٠,٠٢٢)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للاضطرابات النطقية (٢,٥٢٤)، بينما لصعوبات التعلم (١,٨٢٨).

ج- محور درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها:

١- العقلية- صعوبات تعلم: حيث كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة العقلية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠١١)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة العقلية (٢,٨٦١)، بينما لصعوبات التعلم (٢,٢٣٦).

٢- **العقلية- السلوكية:** أظهرت الفروق لصالح الإعاقة العقلية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠١١)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة العقلية (٢,٨٦١)، بينما للاضطرابات السلوكية (١,٩٧٧).

٣- **العقلية- المتعددة:** حيث كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة العقلية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٣٣)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة العقلية (٢,٨٦١)، بينما للإعاقة المتعددة (٢,٤٢٢).

٤- **السمعية- صعوبات تعلم:** كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة السمعية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢٨)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة السمعية (٢,٧٦٧)، بينما لصعوبات التعلم (٢,٢٣٦).

٥- **السمعية- السلوكية:** كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة السمعية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢٢)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة السمعية (٢,٧٦٧)، بينما للاضطرابات السلوكية (١,٩٧٧).

٦- **الحركية- صعوبات تعلم:** أظهرت الفروق لصالح الإعاقة الحركية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢٩)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة الحركية (٢,٧٤٩)، بينما لصعوبات التعلم (٢,٢٣٦).

٧- **الحركية- السلوكية:** كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة الحركية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢٤)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة الحركية (٢,٧٤٩)، بينما للاضطرابات السلوكية (١,٩٧٧).

د- الدرجة الكلية للمقياس:

١- العقلية- صعوبات تعلم: حيث كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة العقلية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٧)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة العقلية (٣,١١٤)، بينما لصعوبات التعلم (٢,٢٤٥).

٢- العقلية- السلوكية: أظهرت الفروق لصالح الإعاقة العقلية بالنسبة للأفراد من ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٨)، كما يتضح في الجدول (٢٥) كان المتوسط الحسابي للإعاقة العقلية (٣,١١٤)، وبينما للاضطرابات السلوكية (٢,٠٢٨).

٣- العقلية- المتعددة: حيث كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة العقلية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٢٦)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة العقلية (٣,١١٤)، بينما للإعاقة المتعددة (٢,٤٢٤).

٤- السمعية- صعوبات تعلم: كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة السمعية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠١٧)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة السمعية (٢,٧٣٧)، بينما لصعوبات التعلم (٢,٢٤٥).

٥- السمعية- السلوكية: كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة السمعية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠١٦)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة السمعية (٢,٧٣٧)، بينما للاضطرابات السلوكية (٢,٠٢٨).

٦- الحركية- صعوبات تعلم: أظهرت الفروق لصالح الإعاقة الحركية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٤٠)، كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة الحركية (٢,٦٥٩)، بينما لصعوبات التعلم (٢,٢٤٥).

٧- الحركية- السلوكية: كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة الحركية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٣١)،

كما يتضح في الجدول (٢٥)؛ إذ أن المتوسط الحسابي للإعاقة الحركية (٢,٦٥٩)، بينمـا للاضطرابات السلوكية (٢,٠٢٨).

ب- متغيّر نوع الخدمة التأهيليّة للأفراد من ذوي الإعاقة:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور مقيـاس واقـع خـدمات التأهيل المجتمعي الستة في الأداة كلاً على حدة، والدرجة الكلية للمقياس تبعا لمتغيـر الدراسـة (نوع الخدمة التأهيلية) لأسر الفرد ذي الإعاقة، كما هي موضحة في الجدول (٢٨).

الجدول (٢٨)

توزيع المتوسطات الحسابية والانحرافات المعياريّة على محاور الدراسة والدرجات الكلية للمقياس وفقًا لمتغيّر نوع الخدمة التأهيليّة للأفراد من وجهة نظر أسرهم

المحور	الخدمة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	متخصصة	٥٢	٢,٦٧٦	٠,٦٤٣
	محددة	١٠٧	٢,٨٣٩	٠,٧٠٣
	دمج	٥٣	٢,٧٢٢	٠,٦٦٨
	الكلي	٢١٢	٢,٧٧٠	٠,٦٨١
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	متخصصة	٥٢	٢,٤٩٣	٠,٩١٥
	محددة	١٠٧	٢,٥٢٨	٠,٧٩٥
	دمج	٥٣	٢,٦٠٢	٠,٧١٤
	الكلي	٢١٢	٢,٥٣٨	٠,٨٠٤
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	متخصصة	٥٢	٢,٧٣٠	٠,٦٤٤
	محددة	١٠٧	٢,٧٠٣	٠,٦٦٥
	دمج	٥٣	٢,٦٥١	٠,٧١٦
	الكلي	٢١٢	٢,٦٩٦	٠,٦٧٠
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	متخصصة	٥٢	٢,٤٥٤	٠,٥٠٤
	محددة	١٠٧	٢,٤٥٠	٠,٥٢٢
	دمج	٥٣	٢,٣٦٤	٠,٥٠٤
	الكلي	٢١٢	٢,٤٣٠	٠,٥١٢

وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	متخصصة	٥٢	٢,٥١٧	٠,٧٠٩
	محددة	١٠٧	٢,٤٦١	٠,٧٦٨
	دمج	٥٣	٢,٣١٤	٠,٨٠٣
	الكلي	٢١٢	٢,٤٣٨	٠,٧٦٣
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	متخصصة	٥٢	٣,٠٢٨	٠,٧٠٨
	محددة	١٠٧	٢,٩٦٨	٠,٧٠٨
	دمج	٥٣	٢,٨٨٤	٠,٧١٧
	الكلي	٢١٢	٢,٩٦٢	٠,٧٠٩
الكلي	متخصصة	٥٢	٢,٦٤٦	٠,٥٦٨
	محددة	١٠٧	٢,٦٦٩	٠,٥٧٢
	دمج	٥٣	٢,٥٨٦	٠,٥٩٧
	الكلي	٢١٢	٢,٦٤٣	٠,٥٧٦

يتضح من الجدول السابق وجود فروق في المتوسطات الحسابية لاستجابة عينة أسر الأفراد ذوي الإعاقة في مراكز التأهيل على مقياس واقع الخدمات التأهيلية وفقًا لنوع الخدمة التأهيلية في المحاور الستة وتفاوت في قيم متوسطاتها، وكذلك في المقياس ككل. وللتحقق من الدلالة الإحصائية للفروق الظاهرية بين المتوسطات الحسابية، تم إجراء تحليل التباين الأحادي؛ لتعرف في ما إذا نتجت دلالة إحصائيا عند مستوى الدلالة، كما هي موضحة في الجدول (٢٩).

الجدول (٢٩)

نتائج التباين الأحادي لتأثير متغيّر نوع الخدمة التأهيليّة للأفراد من وجهة نظر أسرهم

المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	نوع الخدمة	١,٠٨٦	٢	٠,٥٤٣	١,١٧٤	٠,٣١١
	الخطأ	٩٦,٦٤١	٢٠٩	٠,٤٦٢		
	الكلي	٩٧,٧٢٦	٢١١			
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	نوع الخدمة	٠,٣٣٢	٢	٠,١٦٦	٠,٢٥٥	٠,٧٧٥
	الخطأ	١٣٦,٠٧٨	٢٠٩	٠,٦٥١		
	الكلي	١٣٦,٤١٠	٢١١			

درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	نوع الخدمة	٠,١٧٠	٢	٠,٠٨٥	٠,١٨٧	٠,٨٢٩
	الخطأ	٩٤,٦٥٤	٢٠٩	٠,٤٥٣		
	الكلي	٩٤,٨٢٤	٢١١			
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	نوع الخدمة	٠,٣٠١	٢	٠,١٥١	٠,٥٧١	٠,٥٦٦
	الخطأ	٥٥,٠٥٥	٢٠٩	٠,٢٦٣		
	الكلي	٥٥,٣٥٦	٢١١			
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	نوع الخدمة	١,٢٠٣	٢	٠,٦٠١	١,٠٣٢	٠,٣٥٨
	الخطأ	١٢١,٧٥٨	٢٠٩	٠,٥٨٣		
	الكلي	١٢٢,٩٦١	٢١١			
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	نوع الخدمة	٠,٥٤٧	٢	٠,٢٧٤	٠,٥٤٣	٠,٥٨٢
	الخطأ	١٠٥,٤٣١	٢٠٩	٠,٥٠٤		
	الكلي	١٠٥,٩٧٩	٢١١			
الكلي	نوع الخدمة	٠,٢٤٧	٢	٠,١٢٤	٠,٣٧١	٠,٦٩٠
	الخطأ	٦٩,٦٥٠	٢٠٩	٠,٣٣٣		
	الكلي	٦٩,٨٩٨	٢١١			

*** دال إحصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥)**

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ظاهرية في المتوسـطات الحـسابية دالـة إحصائيـا في محاور المقياس والدرجة الكلية لمقياس واقع الخدمات التأهيلية بالنـسبة لمتغيـر نوع الخدمة التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥).

ج- متغير مدة الإفادة التأهيلية للأفراد من ذوي الإعاقة:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور مقياس واقـع خـدمات التأهيـل المجتمعي الستة في الأداة كلاً على حدة، والدرجة الكلية للمقياس تبعا لمتغيـر الدراسـة (مـدة الإفادة من الخدمة) من وجهة نظرأسر الأفراد ذوي الإعاقة، كما هي موضـحة فـي الجـدول (٣٠).

الجدول (٣٠)

توزيع المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على محاور الدراسة والدرجات الكلية للمقياس وفقـًا لمتغير مدة الإفادة التأهيلية من وجهة نظر الأسر

المحور	مدة الإفادة التأهيلية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	أقل من سنة	٥٦	٢,٧٥٥	٠,٦٨٢
	١-٣ سنوات	٧٧	٢,٨١٧	٠,٧٤١
	أكثر من ٣ سنوات	٧٩	٢,٧٣٤	٠,٦٢١
	الكلي	٢١٢	٢,٧٧٠	٠,٦٨١
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	أقل من سنة	٥٦	٢,٥٨٤	٠,٧٦٤
	١-٣ سنوات	٧٧	٢,٤٤٤	٠,٨٧٦
	أكثر من ٣ سنوات	٧٩	٢,٥٩٧	٠,٧٥٩
	الكلي	٢١٢	٢,٥٣٨	٠,٨٠٤
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	أقل من سنة	٥٦	٢,٧٠٠	٠,٦٧٦
	١-٣ سنوات	٧٧	٢,٦٢٢	٠,٦١٤
	أكثر من ٣ سنوات	٧٩	٢,٧٦٦	٠,٧١٨
	الكلي	٢١٢	٢,٦٩٦	٠,٦٧٠
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	أقل من سنة	٥٦	٢,٤٢٩	٠,٥٠٢
	١-٣ سنوات	٧٧	٢,٤٣٢	٠,٤٨٦
	أكثر من ٣ سنوات	٧٩	٢,٤٢٨	٠,٥٥٠
	الكلي	٢١٢	٢,٤٣٠	٠,٥١٢
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	أقل من سنة	٥٦	٢,١٤٠	٠,٦٣٦
	١-٣ سنوات	٧٧	٢,٥٤٧	٠,٧٧٠
	أكثر من ٣ سنوات	٧٩	٢,٥٤٤	٠,٧٩٢
	الكلي	٢١٢	٢,٤٣٨	٠,٧٦٣

وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	أقل من سنة	٥٦	٣,٠٣٢	٠,٧١٥
	١-٣ سنوات	٧٧	٢,٩٢٩	٠,٦٥٥
	أكثر من ٣ سنوات	٧٩	٢,٩٤٥	٠,٧٥٨
	الكلي	٢١٢	٢,٩٦٢	٠,٧٠٩
الكلي	أقل من سنة	٥٦	٢,٦٠٧	٠,٥٥٥
	١-٣ سنوات	٧٧	٢,٦٤٤	٠,٥٧٠
	أكثر من ٣ سنوات	٧٩	٢,٦٦٧	٠,٦٠١
	الكلي	٢١٢	٢,٦٤٣	٠,٥٧٦

يتضح من الجدول السابق وجود فروق في المتوسطات الحسابية لاستجابة عينـة أسـر الأفراد ذوي الإعاقة في مراكز التأهيل على مقياس واقع الخدمات التأهيلية وفقـًا لمتغيـر مـدة الإفادة التأهيلية في المحاور الستة واختلاف في قيم متوسطاتها، وكذلك فـي المقيـاس ككـل. وللتحقق من الدلالة الإحصائية للفروق الظاهرية بين المتوسطات الحسابية، وتعرف في مـا إذا كان هنالك فروق دالة إحصائيـا بين متوسطاتها، تم إجراء تحليل التباين الأحادي. وفي ما يأتي عرض لهذه النتائج، كما هي موضحة في الجدول (٣١).

الجدول (٣١)

نتائج تحليل التباين الأحادي لتأثير متغير مدة الإفادة التأهيلية من وجهة نظر الأسر

المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	مدة الإفادة	٠,٢٨٠	٢	٠,١٤٠	٠,٣٠١	٠,٧٤١
	الخطأ	٩٧,٤٤٦	٢٠٩	٠,٤٦٦		
	الكلي	٩٧,٧٢٦	٢١١			
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	مدة الإفادة	١,٠٧٩	٢	٠,٥٤٠	٠,٨٣٣	٠,٤٣٦
	الخطأ	١٣٥,٣٣١	٢٠٩	٠,٦٤٨		
	الكلي	١٣٦,٤١٠	٢١١			
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	مدة الإفادة	٠,٨١٧	٢	٠,٤٠٨	٠,٩٠٨	٠,٤٠٥
	الخطأ	٩٤,٠٠٧	٢٠٩	٠,٤٥٠		
	الكلي	٩٤,٨٢٤	٢١١			

كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	مدة الإفادة	٠,٠٠١	٢	٠,٠٠٠	٠,٠٠١	٠,٩٩٩
	الخطأ	٥٥,٣٥٦	٢٠٩	٠,٢٦٥		
	الكلي	٥٥,٣٥٦	٢١١			
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	مدة الإفادة	٦,٧٤٩	٢	٣,٣٧٤	٦,٠٦٩	*٠,٠٠٣
	الخطأ	١١٦,٢١٢	٢٠٩	٠,٥٥٦		
	الكلي	١٢٢,٩٦١	٢١١			
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	مدة الإفادة	٠,٣٨٧	٢	٠,١٩٤	٠,٣٨٣	٠,٦٨٢
	الخطأ	١٠٥,٥٩١	٢٠٩	٠,٥٠٥		
	الكلي	١٠٥,٩٧٩	٢١١			
الكلي	مدة الإفادة	٠,١١٧	٢	٠,٠٥٩	٠,١٧٦	٠,٨٣٩
	الخطأ	٦٩,٧٨١	٢٠٩	٠,٣٣٤		
	الكلي	٦٩,٨٩٨	٢١١			

*** دال إحصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥)**

يبين الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالـة (α= ٠,٠٥) في **وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانـات المتاحـة،** حيـث كانـت قيمـة ف=٦,٠٦٩ وهي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (٠,٠٠٣) في متغير مـدة الإفـادة مـن الخدمات التأهيلية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة من وجهة نظر أسـرهم فـي مراكـز التأهيـل المجتمعي على مقياس واقع الخدمات التأهيلية.

- بينما أظهرت النتائج عدم وجود دلالة إحصائية عند مـستوى الدلالـة (α= ٠,٠٥) فـي المحاور الأخرى والدرجة الكلية.

ولمعرفة بين أي من مستويات متغير نوع الإعاقة كانت الفروق دالة إحـصائيـا، تـم إجـراء اختبار (LCD) لإجراء المقارنات البعدية. وفي ما يأتي عرض لهذه النتائج، كما هي موضـحة في الجدول (٣٢).

الجدول (٣٢)

نتائج اختبار (LCD) للمقارنات البعدية لتأثير مدة الإفادة التأهيلية على محاور الدراسة من وجهة نظر الأسر

المحور	المقارنات	الفرق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	أقل من سنة – من ١-٣ سنوات	-٠,٤٠٦	٠,١٣١	٠,٠٠٢*
	أقل من سنة - أكثر من ٣ سنوات	-٠,٤٠٣*	٠,١٣٠	٠,٠٠٢*
	١-٣ سنوات- أكثر من٣ سنوات	٠,٠٠٣	٠,١١٩	٠,٩٨٠

- **دال إحصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥)**

يتبين من الجدول السابق وجود تباين واضح في محور **وفرة الجاهزية المكانيـة (الماديـة) الموجودة والإمكانات المتاحة** لمتغير مدة الإفادة من الخدمات التأهيلية بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة في مراكز التأهيل المجتمعي من وجهة نظر أسرهم على مقياس واقع الخدمات المجتمعي، وهذا التباين يتضح في مستويات المقارنات البعدية الظاهرة للمحور كالأتي:

١- **أقل من سنة – من ١-٣ سـنوات**: حيث كانت هذه الفروق لصالح فترة الإفادة من ١-٣ سنوات بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٢)، كما يتضح في الجدول (٣٠)؛ إذ أن المتوسط الحسابي لفترة الإفادة من ١-٣ سنوات (٢,٥٤٧)، بينما المتوسط الحسابي لفترة الإفادة أقل مـن سـنة واحـدة (٢,١٤٠).

٢- **أقل من سنة – أكثر من ٣ سنوات**: حيث كانت هذه الفروق لصالح فترة الإفادة من أكثر من ٣ سنوات بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة، وأظهرت وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=٠,٠٠٢)، كما يتضح في الجدول (٣٠)؛ إذ أن المتوسـط الحـسابي لفترة الإفادة من أكثر من ٣ سنوات (٢,٥٤٤)، بينما المتوسط الحسابي لفترة الإفادة أقـل من سنة واحدة (٢,١٤٠).

سابعـاً: النتائج المتعلقة بالسؤال السابع، الذي نص على "هل يختلف واقع خـدمات التأهيـل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغـوث الدولية في الأردن من وجهة نظر العاملين (الأخصائيين والمتطوعات) من جهة وأسر الأفـراد ذوي الإعاقة من جهة أخرى؟"

وللإجابة عن هذا السؤال، تم استخدام تحليل التباين الأحادي؛ لتعرف الفروق الإحصائية بين محاور المقياس الستة والأداة الكلية للمقياس، كما هو مبين في الجدول (٣٣).

الجدول (٣٣)

نتائج اختبار (T) للفروق بين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحاور الدراسة والدرجة الكلية للمقياس لاستجابات العاملين والأسر على مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي

المحاور	المستجيب	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية	مستوى الخدمة	قيمة t	درجات الحرية	مستوى الدلالة
جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة	العاملون	٣,٠٣١	٠,٥٧١	مرتفع	٣,٨٧١	٣٦٤	٠,٠٠٠ *
	الأسر	٢,٧٧٠	٠,٦٨١	مرتفع			
استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة	العاملون	٢,٥٦٠	٠,٨٦٢	متوسط	٠,٢١١	٣٦٤	٠,٨٣٣
	الأسر	٢,٥٤٠	٠,٨٠٤	متوسط			
درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها	العاملون	٢,٩٦٠	٠,٥٦٥	مرتفع	٣,٩٦١	٣٦٤	٠,٠٠٠ *
	الأسر	٢,٧٠٠	٠,٦٧٠	مرتفع			
كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	العاملون	٢,٥٨٠	٠,٥٢٣	متوسط	٢,٧٣١	٣٦٤	٠,٠٠٧ *
	الأسر	٢,٤٣٠	٠,٥١٢	متوسط			
وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة	العاملون	٢,٤٣٣	٠,٧٥٨	متوسط	-٠,٠٦١	٣٦٤	٠,٩٥١
	الأسر	٢,٤٤٠	٠,٧٦٣	متوسط			
وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة	العاملون	٣,١١٠	٠,٦٥٩	مرتفع	٢,٠٠٤	٣٦٤	٠,٠٤٦ *
	الأسر	٢,٩٦٢	٠,٧٠٩	مرتفع			
الكلي	العاملون	٢,٨١٣	٠,٥٢٩	مرتفع	٢,٩٠٠	٣٦٤	٠,٠٠٤ *
	الأسر	٢,٦٤٢	٠,٥٧٦	متوسط			

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (α= ٠,٠٥) بين المتوسطات الحسابية لاستجابة العاملين من جهة والمتوسطات الحسابية لاسـتجابات أسـر الأفراد ذوي الإعاقة من جهة أخرى على مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي فـي المحـاور الستة للمقياس وفي مجموع الأداة ككل، وتمثلت هذه الفروق في المحاور الآتية:

- **محور جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة**، حيث كانت قيمة ت=٣,٨٧١ ، وهي دالـة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (**٠,٠٠٠**)، وقد كانت هذه الفروق لصالح العاملين بمستوى مرتفع في الخدمة من الطرفين (العاملين، والأسر)، حيث أظهر المتوسط الحسابي في هذا المحور من العاملين (٣,٠٣١)، في حين بلغ المتوسط الحسابي من الأسر (٢,٧٧٠).
- **محور درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها**، حيـث كانـت قيمة ت= **٣,٩٦١**، وهي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (**٠,٠٠٠**)، وقد كانت هـذه الفروق لصالح العاملين بمستوى خدمة مرتفع من الطرفين (العاملين، والأسـر)، حيـث أظهر المتوسط الحسابي في هذا المحور من العاملين (٢,٩٦٠)، في حين بلـغ المتوسـط الحسابي من الأسر (٢,٧٠٠).
- **محور كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة**، حيث كانت قيمـة ت= ٢,٧٣١، وهـي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (**٠,٠٠٧**)، وقد كانت هذه الفروق لـصالح العـاملين بمستوى خدمة متوسطة من الطرفين (العاملين، والأسر) ، حيث أظهر المتوسط الحسابي في هذا المحور من العاملين (٢,٥٨٠)، في حين بلغ المتوسـط الحـسابي مـن الأسـر (٢,٤٣٠).
- **محور وسائل التعامل الاجتماعي** (التواصل) المتبعة، حيث كانـت قيمـة ت= ٢,٠٠٤، وهي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (٠,٠٤٦)، وقد كانـت هـذه الفـروق لـصالح العاملين بمستوى خدمة مرتفع لدى الطرفين (العاملين، والأسر)، حيث أظهـر المتوسـط الحسابي في هذا المحور من العاملين (٣,١١٠)، في حين بلغ المتوسط الحسابي من الأسر (٢,٩٦٢).
- **الدرجة الكلية للمقياس**، حيث كانت قيمة ت= ٢,٩٠٠، وهي دالة إحصائيـا عند مستوى الدلالة (٠,٠٠٤)، وقد كانت هذه الفروق لصالح العاملين بمستوى خدمـة مرتفـع لـدى العاملين منخفض لدى الأسر، حيث أظهر المتوسط الحسابي في هذا المحور من العـاملين (٢,٨١٣)، في حين بلغ المتوسط الحسابي من الأسر (٢,٦٤٢).

ملخص نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة حول استجابات الأفراد العاملين على متغيرات أداة الدراسة أن مراكز التأهيل في مناطق عملهم كلها تقدم خدمات ذات جودة عالية، ويمتلك الأفراد العاملون فيها مهارات معرفية وفنية ويستخدمونها، وتحسن التعامل الاجتماعي مع الأفراد المنتفعين. كما أظهرت النتائج - حسب رأي هؤلاء الأفراد- أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية في استجابات الأفراد العاملين في مناطق عملهم على محور استخدام التكنولوجيا لصالح منطقتي: عمان، وجرش، على حساب منطقة الزرقاء، ولصالح منطقتي: الزرقاء، وإربد، على حساب منطقة الأغوار. كما أظهرت وجود دلالة في محور كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة لصالح منطقة إربد على حساب منطقة عمان، ولصالح منطقة عمان على حساب منطقة الأغوار. وأظهرت وجود فروق ظاهرة في محور وفرة الجاهزية المادية والإمكانات المتاحة، فكانت لصالح مناطق: عمان، وجرش، وإربد، على حساب منطقة الزرقاء. بينما لا توجد فروق في الخدمة تعزى إلى منطقة العمل التأهيلي للأفراد العاملين في باقي المحاور.

في حين أن النتائج التي أظهرتها استجابات الأفراد العاملين على متغيري سنوات الخبرة للأفراد العاملين ومؤهلاتهم العلمية، تؤكد أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية تعزى إلى هذين المتغيرين في محاور الدراسة جميعها.

بينما أظهرت نتائج الدراسة على استجابات الأفراد ذوي الإعاقة أو من ينوب عنهم، أن هناك انخفاضا في مستوى الخدمات المقدمة في محور استخدام التكنولوجيا، والأجهزة التأهيلية، والخدمات المساندة، وأظهر رأي الأفراد حول باقي الخدمات درجة متوسطة في مستواها، مرتبة تنازليا حسب الأفضلية في تقديم الخدمات على محاور: كفاءة القيادة المحلية والكوادر العاملة، ووسائل التعامل والتواصل الاجتماعي، ووفرة الجاهزية والإمكانات المتاحة، ودرجة إمتلاك المعرفة الفنية (التقنية) ومدى استخدامها، وجودة تقديم الخدمات المطبقة.

وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائيا في متغير نوع إعاقتهم على محور امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) وفي استخدامها، فكانت لصالح الإعاقات: الحركية، والسمعية، وصعوبات التعلم، والمتعددة، على حساب الإعاقة العقلية، والاضطرابات النطقية، في حين لم يظهر متغير نوع الإعاقة للأفراد من وجهة نظرهم على باقي المحاور للمقياس. أما نتائج متغير نوع الخدمة التأهيلية للأفراد، فقد أظهرت وجود دلالة احصائية في محور جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة، فكانت لصالح الخدمة المتخصصة، على حساب خدمتي

المحددة والدمج الاجتماعي، وكذلك في محور وسائل التعامل الاجتماعي، فكانت لصالح خدمتي المتخصصة والمحددة، على حساب خدمة الدمج الاجتماعي. بينما لم تظهر النتائج فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير مدة الإفادة من خدمات التأهيل المجتمعي، حسب رأي الأفراد ذوي الإعاقة.

وأظهرت النتائج ارتفاعا في مستوى الخدمة المقدمة، بحيث رتبت تنازليا في محاور: وسائل التعامل الاجتماعي المتبع، واستخدام التكنولوجيا والأجهزة التأهيلية والخدمات المساندة، ووفرة الجاهزية المكانية والإمكانات المتاحة، وكفاءة القيادة المحلية والكوادر العاملة. كما أظهرت نتائج استجابات أسر الأفراد ذوي الإعاقة فروقًا ذات دلالة احصائية في متغير نوع إعاقة الفرد ذي الإعاقة على محور جودة الخدمات المقدمة والبرامج المطبقة، فكانت لصالح الإعاقات: العقلية، والسمعية، والحركية، على حساب صعوبات التعلم، والاضطرابات السلوكية والانفعالية، والمتعددة. كما أظهرت النتائج فروقـًا دالة احصائيا في محور استخدام التكنولوجيا والاجهزة التأهيلية والخدمات المساندة، وكانت لصالح الإعاقتين: العقلية والسمعية، على حساب الإعاقات: الحركية، وصعوبات التعلم، والاضطرابات النطقية واللغوية. كما أظهرت النتائج فروقـًا ذات دلالة إحصائية على محور امتلاك المعرفة والمهارات الفنية واستخدامها، لصالح الإعاقات: العقلية، والسمعية، والحركية، على حساب الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وصعوبات التعلم، والمتعددة. في حين لم تظهر نتائج الدراسة أثرا لمتغير نوع الخدمة التأهيلية من وجهة نظر أسر الأفراد ذوي الإعاقة، بينما أظهرت وجود أثر في متغير مدة الإفادة من الخدمات على محور وفرة الجاهزية والإمكانات المتاحة، لصالح مدة الإفادة لما فوق الثلاث سنوات، يليها مدة الإفادة من واحد سنة إلى ثلاث سنوات، على حساب مدة الإفادة لأقل من سنة واحدة.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى واقع خدمات التأهيل المجتمعي في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن. ويتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي تم استخلاصها والتوصيات التي انبثقت عنها الدراسة.

أولاً: مناقشة النتائج

تناول هذا الفصل مناقشة نتائج الدراسة بناء على تسلسل أسئلة الدراسة وعرض النتائج في الفصل الرابع. وقد أظهرت هذه الدراسة مجموعة من النتائج يمكن أن تُناقش على النحو الآتي:

أولاً: مناقشة السؤال الأول، المتعلق بواقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي من وجهة نظر الأفراد العاملين في تلك المراكز على تقديم الخدمات التأهيلية، حيث أظهرت النتائج كما يتصورها العاملون وجود خدمات تقدم في مراكز التأهيل المجتمعي بمستوى مرتفع في محاور المقياس لواقع خدمات التأهيل في الدراسة، مرتبة تنازليا حسب المتوسطات الحسابية في محاور: وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة، وجودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة، ودرجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها.

في حين أظهرت آراء الأفراد العاملين أن درجة تقديم الخدمات حصلت على مستوى متوسط، مرتبة حسب المتوسطات الحسابية في محاور: كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة، واستخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة، ووفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة.

والجدير بالذكر أن نتائج السؤال الأول تشير إلى أن مستوى الخدمة في هذا المحور كان متوسطـًا على نحوٍ عام، بالرغم من تفاوت مستوى تقديم الخدمة على محاور الأداة بين مستوى مرتفع إلى متوسط. وقد يعزى ذلك إلى ما يلمسه الأفراد العاملون من ضعف في التجهيزات والإمكانات المادية (المحسوسة)، مقارنة مع تمكينهم من النواحي الفنية للعمل التأهيلي غير المادية. ويتفق هذا مع دراستي: درديان (١٩٩٤)، وعز الدين (١٩٩٩)، اللتين أشارتا إلى أن جميع مراكز التربية الخاصة والتأهيل المجتمعي في الأردن فاعليتها ما بين المتوسطة إلى المرتفعة، ويمتلك العاملون فيها مهارات فنية عالية، ولكن الفاعلية تختلف من مركز لآخر.

إلا أن دراسة دبابنة (٢٠٠٦) لم تتفق مع هذه الدراسة من وجهة نظر الأفراد العاملين؛ إذ أظهرت نتائجها أن نسبة كبيرة من مراكز التأهيل المهني للأفراد ذوي الإعاقة السمعية لا تقدم خدمات التأهيل المهني نهائيا.

كما اتفقت هذه الدراسة مع دراسات عربية في وجهات نظر الأفراد العاملين حول ضعف الموارد الموجودة والإمكانات المتاحة لتقديم الخدمات للأفراد المنتفعين والقصور في قيادة الأعمال الإدارية في تلك المراكز، مثل دراستي: الصمادي وآخرين (١٩٩٧)، والمعمري (٢٠٠٠).

ثانيًا: مناقشة نتائج السؤال الثاني، المتعلق بدراسة واقع الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم تبعا لمتغيرات الأفراد العاملين، حسب متغير منطقة عملهم التأهيلية، ومؤهلاتهم العلمية، وسنوات خبرتهم.

فَوِفْقَ متغير منطقة العمل، ظهرت فروق ظاهرة إحصائيـا تعزى في محور استخدام التكنولوجيا و/ أو الأجهزة التأهيلية و/ أو الخدمات المساندة إلى منطقة العمل التأهيلية من وجهة نظر الأفراد العاملين. وكانت النتائج لصالح منطقتي التأهيل المجتمعي في عمان وجرش على حساب منطقة التأهيل المجتمعي في الزرقاء، ولصالح منطقتي التأهيل المجتمعي في الزرقاء وإربد على حساب منطقة التأهيل المجتمعي في الأغوار.

ويدل هذا على تفاوت وجهة نظر الأفراد العاملين في مراكز تأهيل المجتمع المحلي، في استخدام الأجهزة والخدمات التأهيلية المساندة. ويعزو الباحث سبب ذلك التفاوت بين مناطق التأهيل إلى مصادر الدعم المجتمعي أو المشاريع المدرة على المركز دخلاً من جهة، التي تعمل على تأمين مستلزمات العمل التأهيلية من أجهزة وأدوات تأهيلية مساندة للأفراد المنتفعين منه، ومن جهة أخرى يعزوه إلى اختلاف مصادر الدعم من مركز لآخر؛ والسبب عائد إلى اختلاف قوة اللجان المحلية من منطقة لأخرى ومن مركز لآخر في المنطقة الواحدة، التي تعمل على تأمين ذلك الدعم وتخطط له.

وقد انسجمت نتائج هذه الدراسة مع دراسة المعمري (٢٠٠٠) في البيئة العربية، التي أظهرت نتائجها نقص اللوازم التعليمية في مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان. بينما تعارضت نتائج هذه الدراسة مع دراسة شارما وديباك (Sharma & Deepak, 2001)؛ إذ أظهرت استخدام الموارد المتاحة في كل مراكز تأهيل شمال وسط فيتنام.

وفي ما يتعلق بمحور كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة، أظهرت النتائج فروقـًا ظاهرية إحصائيـًا تعزى إلى منطقة العمل التأهيلية من وجهة نظر الأفراد العاملين، وكانت النتائج في هذا المحور لصالح منطقة التأهيل المجتمعي في إربد على حساب منطقتي التأهيل المجتمعي في عمان والأغوار.

وتُظهر نتيجة هذا المحور انسجاما مع نتيجة المحور السابق في ما يتعلق باختلاف القيادات المحلية من منطقة لأخرى. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة الصمادي وآخرين (١٩٩٧)، التي أظهرت نتائجها عدم توافر إدارة مؤهلة على نحوٍ كافٍ في مراكز التربية الخاصة في الإمارات، بينما تختلف مع دراسة المعمري (٢٠٠٠)، التي أظهرت أن مراكز التربية الخاصة جميعها في سلطنة عمان فاعلة في محور الإدارة.

ويعود السبب في ذلك التفاوت في الكفاءة المحلية للقيادة والكوادر العاملة، كما يرى الباحث، إلى الوضع الثقافي والاتجاهات والسياسات المنفذة في كل منطقة، إضافة إلى رغبة قيادات مراكز التأهيل المجتمعي المحلية وكوادرها العاملة في العمل التأهيلي التطوعي.

أما محور وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة، فقد كانت النتائج في هذا المحور لصالح مناطق التأهيل المجتمعي في عمان وجرش وإربد على حساب منطقة التأهيل المجتمعي في الزرقاء.

وتتفق هذه النتيجة مع ما ورد سابقـًا في متغير منطقة العمل التأهيلية للعاملين في محور استخدام التكنولوجيا والأجهزة التأهيلية والخدمات المساندة، ومحور كفاءة القيادة المحلية والكوادر العاملة. فضلاً عن أن نتائج محور وفرة الجاهزية المكانية (المادية) والإمكانات المتاحة أظهرت تفاوتـًا في مناطق العمل التأهيلية من منطقة لأخرى، وتمثل ذلك التفاوت في قوة بعضها وضعف بعضها الآخر. وهذا يتفق مع دراسة الصمادي وآخرين (١٩٩٧)، التي دلت نتائجها على افتقار مراكز التربية الخاصة في دولة الإمارات إلى البيئة المكانية (الصفية) للتعلم.

غير أن نتائج هذا المحور اختلفت مع دراسة شارما وديباك (Sharma & Deepak 2001)؛ إذ أظهرت استغلال الموارد المتاحة المستخدمة في تأهيل الأفراد المنتفعين وتدريبيهم والإفادة منها من قِبل الأفراد العاملين المحليين في مراكز تأهيل مجتمعي شمال وسط فيتنام.

وقد يعزى سبب ذلك، كما يرى الباحث، إلى خبرة اللجان في بعض مراكز التأهيل المجتمعي في العمل التطوعي. وتتضح هذه الخبرة في مقدرتهم على التشبيك مع المجتمع المحلي أو الدولي، مما ساعدهم على تأمين الأجهزة التأهيلية والخدمات المساندة وتوفير البيئة

المكانية بالتجهيزات التأهيلية الملائمة ما أمكن ذلك. إضافة لذلك فأن السبب كما يعتقد الباحث في الاختلاف لما تقدمه مراكز التأهيل ضمن أماكن تواجدهم أقدميه مراكز التأهيل، ومن الطبيعي أن أي مركز تأهيل ينشأ قديما تهيأ له الإمكانات المادية، ويأخذ بالتطور التدريجي من حيث الأجهزة التأهيلية الموجودة وغيرها، وتبدأ تستكمل مع الإمكانات المتاحة.

وعليه، فإنه يجب تفعيل الحاجة إلى تجهيز الأماكن التأهيلية وتوفير أجهزة ووسائل تأهيلية مساندة للأفراد المنتفعين من خدمات مراكز التأهيل المجتمعي.

كما أشارت النتائج إلى أنه لا توجد فروق في استجابات الأفراد العاملين في ما يتعلق بتقديم الخدمة التأهيلية تعزى إلى منطقة العمل للمحاور: جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة، ودرجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها، ووسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة.

وتشير هذه النتيجة إلى أن مراكز التأهيل المجتمعي جميعها التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، تحظى باختلاف مناطقها بمستوى عالٍ في تقديم خدماتها التأهيلية للأفراد المنتفعين (الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم)، كما أن الأفراد العاملين القائمين على تلك المراكز (أخصائيين ومتطوعات) يمتلكون مهارات معرفية وفنية (تقنية) علمية وعملية عالية في مناطق عمل التأهيل المجتمعي جميعها، ويتبعون لغة تواصل اجتماعي حسنة، مع الأفراد المنتفعين من خدماتهم. ويعزو الباحث سبب عدم وجود فروق بين مناطق العمل التأهيلية على المحاور السابقة إلى أن سياسة العمل التأهيلية في مراكز التأهيل المجتمعي بأكملها تخضع لقوانين وأنظمة ونماذج عمل موحدة، وترتبط بنظام داخلي واحد، فتقدم خدماتها بوجود أخصائيين موزعين على مناطق العمل التأهيلي، وتتلقى العاملات المتطوعات تدريبهن من قِبل الأخصائيين أنفسهم، الذين يخضعون للعمل الجمعي الموحد.

ووفقَ متغير المؤهل العلمي للعاملين، تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى مؤهلاتهم العلمية حسب رأيهم في محاور الدراسة والدرجة الكلية لأداة المقياس؛ بمعنى أن المؤهل العلمي لا أثر له في محاور مقياس واقع خدمات مراكز التأهيل المجتمعي لقياس جودة الخدمات المقدمة إلى أفرادها المنتفعين. ويتعارض هذا مع دراسات لم تتوافق مع هذه الدراسة، كدراسة ويس وريبيتو (Weiss & Repetto, 1997) ، التي دلت نتيجة رأي الأفراد العاملين فيها على أنه من متطلبات التوظيف وجود مؤهل علمي لما بعد الثانوية العامة حتى لو توافر العمل، ودراسة المعمري (٢٠٠٠)، التي أظهرت نتيجتها أن الضعف في المستوى العلمي أو عدم

وجوده سيؤثر في مستوى وجودة تقديم الخدمات في مراكز التربية الخاصة لمِنطقة سلطنة عمان. وهذا من المألوف. وأكدت ذلك دراسة دبابنة (٢٠٠٦)، التي أظهرت وجود أثر للمتغير المستقل - المؤهل العلمي- للأفراد العاملين، مما يزيد من فاعلية تقديم الخدمات وجودتها في التأهيل المهني للأفراد المعاقين سمعيا في الأردن.

ويرى الباحث أن هناك تقاربا في وجهات نظر الأفراد العاملين بين الأخصائيين والمتطوعات رغم اختلافهم في مؤهلاتهم العلمية والتحصيل الأكاديمي، مما يدلل على الفهم المشترك لدى الكوادر العاملة جميعها تجاه الجودة في تقديم الخدمات التأهيلية المقدمة للأفراد المنتفعين في مراكز تأهيل المجتمع المحلي على محاور الدراسة.

وفي ما يتعلق بمتغير سنوات الخبرة التأهيلية للعاملين، أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى سنوات الخبرة التأهيلية لدى الأفراد العاملين في محاور الدراسة. وقد اختلفت هذه النتيجة على هذا المتغير مع دراسة الصمادي وآخرين (١٩٩٧)، التي أكدت أن الافتقار إلى الخبرات في الدورات التدريبية للأفراد العاملين، سيؤثر في فاعلية مراكز التربية الخاصة في دولة الإمارات العربية المتحدة، كما اختلفت مع دراسة عز الدين (١٩٩٩)، التي أظهرت تقدما في الخدمات المقدمة نتيجة وجود الخبرات العملية التأهيلية للعاملات المتطوعات في مراكز التأهيل المجتمعي في الأردن، وكذلك مع دراسة دبابنة (٢٠٠٦)، التي أظهرت أن الافتقار إلى الخبرات العملية يضعف عملية التأهيل المهني للأفراد ذوي الإعاقة السمعية في الأردن.

ويرى الباحث أن وضع الأفراد العاملين في مراكز التأهيل المجتمعي غير محكوم بمؤهل علمي عالٍ أو سنوات تطوع مرتفعةٍ؛ حيث يخضع العاملون والمتطوعون إلى التدريب المستمر وبصورة دورية من قبل القيادات العليا والأخصائيين العاملين على خدمات التأهيل في تلك المراكز التأهيلية، وهذا يسقط المؤهل العلمي، فيكتسب الأفراد المتطوعون خبراتهم منذ بدء تطوعهم. كما أن سنوات الخبرة محكومةً بحب العمل التأهيلي، ومن الممكن أيضا أن تسقطت سنوات الخبرة لدى عاملي التأهيل؛ بسبب حبهم للعمل التطوعي ورغبتهم فيه. إذ إنه كلما طالت الخبرة تتحول إلى روتين يومي غير مدعوم بمستجدات البحث العلمي في التخصص. لذا، لا تصبح لهذه السنوات أثر دال، في حين قد تبدو النتيجة عكسية، فيظهر أصحاب الخبرات القليلة أكثر حماسا وحيوية على الأقل من أجل إثبات مكانتهم الوظيفية.

ثالثـًا: مناقشة السؤال الثالث، المتعلق بواقع خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة إلى الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي من وجهة نظر الأفراد ذوي الإعاقة في تلك المراكز، حيث أظهرت النتائج وجود تفاوت في المتوسطات الحسابية، كما ورد في الجدول (١٥)، كما أظهرت أن هناك مستوى متوسطـًا نحو تقديم الخدمات في محاور الدراسة مرتبة حسب المتوسطات في محاور: كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة، ووسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة، ووفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة، ودرجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها، وجودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة.

وهذا يتفق مع دراستي: الخطيب (١٩٩١)، ودبابنة (٢٠٠٦) المحليتين، اللتين أظهرت أولاهما عدم توافر التدريب الشامل والفاعل في مراكز التأهيل المهني للأفراد ذوي الإعاقة السمعية في الأردن من وجهة نظر متلقي الخدمات، بينما أظهرت ثانيتهما عدم رضى الأسر نتيجة نقص خدمات العلاج الوظيفي، والعلاج النطقي، وخطط تعديل السلوك.

ويمكن تفسير نتائج الحصول على الدرجة المتوسطة في مستوى تقديم الخدمات التأهيلية في مراكز تأهيل المجتمع المحلي بأن نظرة الأفراد ذوي الإعاقة إلى ما تقدمه تلك المراكز من أنواع مختلفة من الخدمات التأهيلية يشوبها النقص في ما يتوقعونه من برامج وخدمات هم بحاجة إلى وجودها في تلك المراكز أو في برامجها وخدماتها التأهيلية. وهذا الأمر قد يكون غير واضح لدى القائمين على برامج التأهيل المجتمعي، أو أن الإمكانات غير متاحة لتأمين مثل تلك الخدمات في القريب العاجل.

كما أظهر محور استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة، مستوى خدمة منخفضا في مراكز التأهيل، حسب رأي الأفراد ذوي الإعاقة و/ أو أسرهم. وهنا ينفي الأفراد استخدام الأجهزة التكنولوجية والمساندة التأهيلية الحديثة في العمل التأهيلي للأفراد المنتفعين في مراكز التأهيل المجتمعي، ويمكن تفسير هذا بما يراه الأفراد ذوي الإعاقة من قلة استخدام الأجهزة والوسائل التأهيلية المساندة في تلك المراكز التأهيلية، أو أن هذه الأجهزة والخدمات التأهيلية غير حديثة ولا تلبي الحاجات التأهيلية لهؤلاء الأفراد.

وتنسجم هذه الدراسة مع دراسات أجنبية في هذا الطرح، مثل دراسة كندال وآخرين (Kendall et al, 2000) ، التي أظهرت ضعف مستوى تقديم الخدمات للأفراد المنتفعين، وذلك بعجز مراكز التأهيل المجتمعي في أستراليا عن تمكين المستفيدين من الانتفاع من هذه الخدمات. وقد اختلفت هذه الدراسة مع دراسة شارما وديباك (Sharma & Deepak, 2001) من وجهتي نظر العاملين على الخدمات ومتلقيها في تقييم مدى مشاركة المجتمع لبرنامج تأهيل مجتمعي شمال وسط فيتنام، حيث أظهر الأفراد المنتفعون في مراكز تأهيل المجتمع في هذه المِنطقة عنصر قوة في استخدام الموارد المتاحة في التدريب والتأهيل بتوجيه من الأفراد العاملين المحليين.

ويرى الباحث أن هذا الطرح يتفق مع وجهة نظر الأفراد العاملين من حيث حصول محور استخدام التكنولوجيا و/ أو الأجهزة التأهيلية و/ أو الخدمات المساندة على درجة متوسطة، مما يدل على عدم رضى العاملين عن هذه الخدمة، رغم وجودها؛ إذ تفتقر تلك الخدمة إلى مستجدات العصر وحداثته، تمشيا مع متطلبات حاجات الأفراد المنتفعين منها. ويرجع السبب في ذلك إلى نقص الإمكانات المادية الموجودة أو الإمكانات المتاحة.

رابعـًا: مناقشة نتائج السؤال الرابع، المتعلق بمعرفة واقع الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم تبعا لمتغيرات: الأفراد المنتفعين، ونوع الإعاقة للأفراد ذوي الإعاقة، ونوع الخدمة التأهيلية، ومدة الإفادة من الخدمة التأهيلية.

فوفقـًا لمحور درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها، أظهرت النتائج وجود أثر لمتغير نوع الإعاقة بناء على رأي الأفراد ذوي الإعاقة على محور درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها، وكانت لصالح الإعاقات: الحركية، والسمعية، وصعوبات التعلم، والمتعددة، على حساب إعاقات: الاضطرابات السلوكية والانفعالية، والعقلية، والاضطرابات النطقية واللغوية.

وتتفق هذه النتيجة مع وجهة نظر الأفراد العاملين في دراستي: دردريان (١٩٩٤)، التي دلت على أنه توجد فروق ظاهرية تعزى إلى متغير نوع الإعاقة على محور خصائص المركز، فكانت لصالح الإعاقة الحركية على حساب الإعاقة البصرية في مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة في الأردن. ودبابنة (٢٠٠٦)، التي أظهرت وجود أثر لمتغير نوع الإعاقة، حيث أظهرت عدم تلبية مراكز التأهيل المهني للأفراد ذوي الإعاقة السمعية في الأردن حاجات ذوي

الإعاقة النفسية والاجتماعية. في حين لم تظهر النتائج فروقـًا ظاهرة إحصائيا في متغير نوع الإعاقة للأفراد ذوي الإعاقة من وجهة نظرهم حول باقي محاور المقياس.

ويعزو الباحث سبب هذه النتيجة في ظهور أثر لمحور امتلاك المعرفة الفنية (التقنية) ومدى استخدامها، وعدم ظهور أثر للمحاور الأخرى على متغير نوع الإعاقة حسب رأي الأفراد ذوي الإعاقة، إلى عدم تولد فهم مشترك لدى الأفراد حول الدرجة المقبولة للكفايات على هذه المحاور؛ إي إلى سوء تقديراتهم.

أما النتائج المتعلقة بمتغير نوع الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة، فقد أظهرت وجود أثر لمتغير نوع الخدمة على محور جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة، وكانت لصالح الخدمات المتخصصة النهارية على حساب الخدمات المحددة بفترات زمنية، وخدمة الدمج الاجتماعي.

ويعزو الباحث السبب في ذلك إلى أن الخدمة المتخصصة تتابع على نحوٍ يومي في مراكز التأهيل، في حين أن كلا الخدمتين المحددة والدمج، تحتاجان إلى المتابعة المستمرة، وهذا ما تفتقر إليه بعض المراكز في بعض المناطق التأهيلية.

أظهرت نتائج الدراسة فروقـًا ظاهرية لمتغير نوع الخدمة التأهيلية للأفراد على محور وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة، وكانت لصالح خدمتي المتخصصة النهارية، والخدمات المحددة بفترات زمنية على حساب خدمة الدمج الاجتماعي.

ويبرر الباحث ذلك بأن الخدمات المتخصصة النهارية والمحددة بفترات زمنية، تقع خدماتها للأفراد المنتفعين على عاتق الأفراد العاملين في التأهيل، في حين أن خدمة الدمج المجتمعي تقدم بصورة مشتركة مع أفراد من المجتمع المحلي.

كما أظهرت النتائج في الدرجة الكلية للمقياس وجود أثر لواقع خدمات مراكز التأهيل المجتمعي لصالح الخدمات المتخصصة النهارية على حساب الخدمات المحددة بفترات زمنية وخدمة الدمج الاجتماعي.

وانسجمت هذه الدراسة مع دراسة كندال وآخرين (Kendall et al, 2000) ، التي أظهرت عجز مراكز التأهيل المجتمعي في أستراليا عن تمكين الأفراد المنتفعين منها من الانتفاع على نحوٍ كامل من خدماتها، كذلك انسجمت مع دراسة شارما وديباك (Sharma & Deepak, 2001) حول إظهار عنصر خدمة التحويل ونظام التحويل قوة لدى تقييم مشاركة

المجتمع المحلي لبرامج تأهيل المجتمع في شمال وسط فيتنام، كما انسجمت مع دراسة اليونسيف (Unicef, 2002)، التي أظهرت فيها الأسر عدم رضاهم عن تقديم الخدمات المساندة، كالعلاج الطبيعي والوظيفي وتعديل السلوك.

ويفسر الباحث ذلك بأن نسبة الطلب على الخدمات المتخصصة النهارية قد تكون أعلى منها في الخدمات المحددة بفترات زمنية وخدمة الدمج الاجتماعي، وكذلك قد تكون نسبة الطلب على الخدمات المحددة بفترات زمنية أعلى منها في خدمات الدمج الاجتماعي، مما يؤكد أن العمل التأهيلي يتركز جلّ اهتمامه في مراكز تأهيل المجتمع المحلي على الخدمات المتخصصة في أغلب المراكز، يليه تركيز على الخدمات المحددة بفترات زمنية، ثم يأتي الاهتمام بخدمات الدمج الاجتماعي؛ نظرا للظروف المهيأة لتلكما الخدمتين (المحددة والدمج) من حيث توافر كوادر مختصة ومدربة من الأخصائيين وعاملات التأهيل، وتكلفة العمل التأهيلي فيهما، وقبول المجتمع المحلي ورغبته، أفرادا ومؤسسات، في شراكة العمل التأهيلي في هاتيين الخدمتين.

بينما لا يؤثر نوع الخدمة التأهيلية لمقياس خدمات التأهيل المجتمعي في محاور: استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة، وكفاءة القيادة المحلية والكوادر العاملة، ووفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة، ودرجة امتلاك المعرفة الفنية (التقنية) ومدى استخدامها.

وأما في ما يتعلق بمتغير مدة استفادة الأفراد من الخدمات التأهيلية، فأظهرت النتائج أنه لم يكن هنالك فروق ظاهرية لمتغير مدة الإفادة على محاور مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم من وجهة نظرهم وعلى الدرجة الكلية للمقياس، وهذا الطرح غير مألوف في عدم وجود أثر لهذا المتغير؛ ويعود سبب ذلك من وجهة نظر الباحث إلى أن ما يقدم من خدمات تأهيلية في بداية برنامج التأهيل لا يختلف عما يقدم لاحقًا، بمعنى أنه لا تعتمد جودة الخدمة التأهيلية المقدمة في مراكز التأهيل المجتمعي على طول مدة تلقي الخدمة.

خامسًا: مناقشة السؤال الخامس، المتعلق بواقع خدمات التأهيل المجتمعي المقدمة إلى الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي من وجهة نظر أسر الأفراد ذوي الإعاقة في تلك المراكز، حيث أظهرت النتائج أن الخدمات تقدم في مراكز التأهيل المجتمعي بمستوى مرتفع في المحاور المقياس الآتية، مرتبين تنازليا حسب المتوسطات الحسابية: وسائل

التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة، وجودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة، ودرجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها.

وقد انسجمت هذه النتيجة في الرأي مع الأفراد العاملين على هذه المحاور: الجودة في الخدمات ووسائل التعامل الاجتماعي وإمتلاك المعرفة الفنية واستخدامها؛ مما يدل على جودة الخدمات التأهيلية في مراكز تأهيل المجتمع المحلي، ويؤكد لغة الاتصال والتواصل بين القائمين على خدمات التأهيل والأفراد المنتفعين منها.

في حين أظهرت آراء الأسر حول تلقي أفرادها ذوي الإعاقة خدمات التأهيل، مستوى متوسطـًا، مرتبة حسب المتوسطات الحسابية في محاور: استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة، ووفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة، وكفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة.

واتفقت هذه النتيجة أيضا مع العاملين في دراسة اليونيسيف (Unicef, 2002) حول تقييم وضع الخدمات المقدمة والمتوافرة للأفراد ذوي الإعاقة في الأردن من وجهة نظر أسرهم، حيث ظهرت فاعلية تلك المراكز في تقديمها الدعم التعليمي، والعاطفي، والمالي.

واختلفت مع دراسة كندال وآخرين (Kendall et al, 2000) حول الوقوف على خدمات التأهيل المجتمعي وإعادته في أستراليا من وجهة نظر الأفراد المنتفعين من الخدمات، حيث أظهرت نتائجها ضعفـًا في مستوى الخدمات المقدمة للأفراد المنتفعين، وبينت عجز هذه المراكز عن تمكين الأفراد المنتفعين من خدماتها.

وبهذه النتيجة نؤكد جودة مستوى تقديم الخدمات التأهيلية في مراكز تأهيل المجتمع المحلي، فضلاً عن حسن التواصل الاجتماعي المتبع في التعامل بين العاملين والأفراد المنتفعين. وهذا ينسجم مع رأي الأفراد العاملين (مقدمي الخدمات) والأسر (متلقي الخدمات)، وكذلك مع دراسة عز الدين (١٩٩٩)، التي تؤكد جودة مستوى تقديم الخدمات التأهيلية في هذه المراكز التأهيلية.

وهذا ما أكدته آراء أسر الأفراد ذوي الإعاقة حول واقع خدمات التأهيل المقدمة في مراكز تأهيل المجتمع المحلي على محاور المقياس؛ إذ تراوحت بين المستوى المرتفع في بعض المحاور والمتوسط في بعضها الآخر. وقد يعتقد الباحث أن السبب وراء هذا التوسط في تقديم الخدمة لبعض محاورها عائد لافتقار الأسر إلى الدراية الكافية لتلك المحاور، التي تمارسها القيادات المحلية، والكوادر العاملة.

سادسًا: مناقشة نتائج السؤال السادس، المتعلق بمعرفة واقع الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم تبعا لمتغيرات أسر الأفراد ذوي الإعاقة، من حيث نوع الإعاقة للأفراد، ونوع الخدمة التأهيلية المقدمة، ومدة الإفادة من الخدمة التأهيلية.

في ما يتعلق بواقع الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم تبعا لمتغير نوع الإعاقة للأفراد ذوي الإعاقة، أظهرت النتائج وجود أثر لمتغير نوع الإعاقة على محور جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة، وكانت النتيجة لصالح الإعاقات: العقلية، والسمعية، والحركية على حساب إعاقات: صعوبات التعلم، والاضطرابات السلوكية والانفعالية، والمتعددة.

ولعل سبب وجود تلك الفروق الظاهرية بين تلك الإعاقات، عائد إلى توافر كادر من الأخصائيين المتخصصين يتبعون وكالة الغوث ولجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي، إضافة لبعض أخصائيي المؤسسة السويدية، وهي الجهة الداعمة محليا، حيث يقوم فريق الأخصائيين بالإشراف على الأمور الفنية ومتابعتها بصورة دورية ومنتظمة في مراكز التأهيل، في حين أن إعاقات: صعوبات التعلم، والاضطرابات السلوكية والانفعالية، المتعددة، تفتقر إلى توافر كوادر متخصصة في العمل التأهيلي المتعلق بها.

إلا أن هذا الرأي، من وجهة نظر الأسر، يختلف مع رأي الأفراد ذوي الإعاقة من حيث عدم وجود فروق ظاهرية لمتغير نوع الإعاقة على محور جودة تقديم الخدمات.

كما أظهرت النتائج وجود فروق ظاهرية لمتغير نوع الإعاقة في محور استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة. ويعزى هذا الفارق لصالح الإعاقتين: العقلية، والسمعية، على حساب الإعاقات: الحركية، وصعوبات التعلم، والاضطرابات النطقية واللغوية.

وهذا يتفق مع رأي الأفراد العاملين حول وجود أجهزة تأهيلية وخدمات مساندة تدعم العمل التأهيلي، الذي يؤكد طرح قلة استخدام الأجهزة والخدمات التأهيلية المساندة، حيث أرجعت الأسر سبب ذلك إلى توافر تلك الخدمات للإعاقتين: العقلية، والسمعية، وافتقارها في الإعاقات: الحركية، وصعوبات التعلم، والاضطرابات النطقية واللغوية.

ويختلف هذا المحور مع رأي الأفراد ذوي الإعاقة؛ إذ أظهروا عدم وجود أثر لمحور استخدام التكنولوجيا مع متغير نوع الإعاقة على أداة القياس.

وأظهرت النتائج وجود فروق ظاهرية لمتغير نوع الإعاقة في محور درجة امتلاك المعرفة الفنية (التقنية) ومدى استخدامها، وكذلك تكرر عنصر القوة كما في محور جودة تقديم

الخدمات إلى الإعاقات: العقلية، والسمعية، والحركية، على حساب: الاضطرابات السلوكية، وصعوبات التعلم، والمتعددة.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة الأفراد ذوي الإعاقة في الإعاقتين: السمعية، والحركية، على حساب الاضطرابات السلوكية. واختلفت في الإعاقات: العقلية، وصعوبات التعلم، والمتعددة.

كما أظهرت النتائج وجود فروق ظاهرية لنوع الإعاقة على الدرجة الكلية لأداة مقياس واقع الخدمات التأهيلية، وكانت النتيجة لصالح الإعاقات: العقلية، والسمعية، والحركية، على حساب الاضطرابات السلوكية، وصعوبات التعلم، والمتعددة.

وهكذا، انسجمت دراسة دردريان (١٩٩٤) من حيث وجهة نظر الأفراد العاملين، مع وجهة نظر الأسر في هذه الدراسة، التي أظهرت وجود أثر لمتغير نوع الإعاقة في الدرجة الكلية لأداة مقياس مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة في الأردن. فكانت لصالح الإعاقة الحركية على حساب الإعاقة البصرية.

وهنا أيضا، يكرر السبب نفسه من حيث وجود أخصائيين يديرون الشؤون الفنية في تلك المراكز التأهيلية للإعاقات: العقلية، والسمعية، والحركية.

وكذلك لا تتفق نتيجة رأي الأسر على محاور هذه الدراسة مع دراسة اليونيسيف (Unicef, 2002) من وجهة نظر الأسر لواقع خدمات التأهيل المجتمعي؛ إذ تشير الدراسة إلى عدم رضى الأسر عن نقص خدمات العلاج الوظيفي، والعلاج النطقي، وخطط تعديل السلوك، بمعنى أن الأسر غير راضية عن الخدمات المساندة المقدمة ضمن مدة زمنية محددة، والمتوافرة للأفراد ذوي الإعاقة في الأردن من وجهة نظر أسرهم.

في حين لم يظهر أثر لمتغير نوع الإعاقة لأسر الأفراد ذوي الإعاقة من وجهة نظرهم حول باقي المحاور للمقياس، المتمثلة في: كفاءة القيادة المحلية والكوادر العاملة، ووفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة، ووسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة.

بينما أظهرت النتائج، في ما يتعلق بمتغير نوع الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة، عدم وجود دلائل إحصائية تعزى إلى متغير نوع الخدمة التأهيلية للأفراد من وجهة نظر أسرهم في محاور الدراسة على مقياس واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم.

وتختلف هذه النتيجة مع وجهة نظر الأفراد ذوي الإعاقة حول متغير نوع الخدمة على محاور المقياس، التي أظهرت وجود فروق على المحاور السابقة.

وكذلك لا تتفق نتيجة رأي الأسر على محاور هذه الدراسة مع دراسة اليونيسف (Unicef, 2002) من وجهة نظر أسر الأفراد ذوي الإعاقة لواقع خدمات التأهيل المجتمعي؛ إذ تشير دراسة اليونيسف (Unicef, 2002) إلى عدم رضى أسر الأفراد ذوي الإعاقة عن نقص خدمات العلاج الوظيفي، والعلاج النطقي، وخطط تعديل السلوك؛ بمعنى أن الأسر غير راضية عن الخدمات المساندة المقدمة ضمن مدد زمنية محددة، والمتوافرة للأفراد ذوي الإعاقة في الأردن من وجهة نظر أسرهم.

أما في ما يتعلق بمتغير مدة استفادة الأفراد من الخدمات التأهيلية، فقد أظهرت النتائج وجود أثر لهذا المتغير في محور وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة للأسر؛ إذ ظهر أثر لصالح الإفادة من الخدمات التأهيلية مدة سنة فأكثر، على حساب المدة الأقل من سنة.

بينما لا توجد فروق دالة إحصائيـا لمتغير مدة الإفادة التأهيلية من خدمات التأهيل المجتمعي من وجهة نظر أسر الأفراد ذوي الإعاقة على باقي محاور: جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة، واستخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة، ودرجة امتلاك المعرفة الفنية (التقنية) ومدى استخدامها، ودرجة كفاءة القيادة المحلية والكوادر العاملة، ووسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة.

سابعـًا: مناقشة نتائج السؤال السابع، المتعلق بواقع الخدمات التأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم تبعا لوجهتي النظر بين الأفراد العاملين على الخدمات وأسر الأفراد ذوي الإعاقة متلقي هذه الخدمات، وفقـًا للانسجام في رأي الطرفين على المحاور.

وقد ظهرت، من خلال مناقشة هذا السؤال، نتائج هي:

- أن الطرفين أظهرا درجة مرتفعة في مستوى تقديم الخدمات لكليهما لمحور جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة، فكانت لصالح الأفراد العاملين.
- أن الطرفين أظهرا درجة متوسطة لمستوى الخدمة في محور استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة، وكانت لصالح الأفراد العاملين على حساب أسر الأفراد ذوي الإعاقة.

- أن الطرفين أظهرا درجة مرتفعة في مستوى الخدمة في محور امتلاك المعرفة الفنية (التقنية) الموجودة ومدى استخدامها، وظهرت لصالح الأفراد العاملين على حساب أسر الأفراد ذوي الإعاقة.
- أن محور الكفاءة في القيادة المحلية والكوادر المتطوعة، أظهر درجة متوسطة في مستوى الخدمة، وكانت لصالح الأفراد العاملين على حساب أسر الأفراد ذوي الإعاقة.
- أن محور وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة، أظهر درجة متوسطة في مستوى تقديم الخدمة، وكانت لصالح أسر الأفراد ذوي الإعاقة على حساب الأفراد العاملين.
- أن وجهتي نظر الأفراد العاملين وأسر الأفراد ذوي الإعاقة، أجمعتا على حصول درجة مرتفعة لمستوى الخدمة المقدمه في محور وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة، وذلك لصالح الأفراد العاملين على حساب أسر الأفراد ذوي الإعاقة.

ومن خلال إجراء المقارنات بين مقدمي الخدمات (العاملين) في مراكز التأهيل المجتمعي ومتلقيها (أسر الأفراد ذوي الإعاقة) المنتفعين، أظهرت النتائج في بعض محاور الدراسة انسجام واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم بين الأفراد العاملين وأسر الأفراد ذوي الإعاقة من جهة، واختلفت مع وجهة نظر الأفراد ذوي الإعاقة من جهة أخرى. ففي محور جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة، أظهرت نتائج المقارنة بين وجهتي نظر الأفراد العاملين والأسر توافقـًا في الرأي لمستوى مرتفع حول تقديم الخدمات، في حين اختلفت مع وجهة نظر الأفراد، الذين أظهروا حصول هذا المحور على درجة متوسطة.

ويرى الباحث حول التقارب والانسجام في التوافق بين استجابات الأشخاص العاملين في مراكز التأهيل مع أسر الأفراد ذوي الإعاقة، يولد فهما مشتركـًا لدى كل طرف منهما بتوفير المستوى المقبول للكفايات على هذه المحاور.

وهذا ينسجم، من وجهة نظر الأفراد العاملين، مع دراسات: دردريان (١٩٩٤)، والخطيب (١٩٩١)، واليونيسيف (Unicef, 2002)، ودبابنة (٢٠٠٦).

وفي محور استخدام التكنولوجيا/ الأجهزة التأهيلية/ الخدمات المساندة، أظهرت نتائج المقارنة توافقـًا بين وجهتي نظر الأفراد العاملين والأسر؛ إذ حصل هذا المحور على درجة متوسطة في مستوى تقديم الخدمة في مراكز التأهيل المجتمعي، وانسجم ذلك مع وجهة نظر الأفراد حول المستوى نفسه.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة المعمري (٢٠٠٠) من وجهتي نظر مقدمي الخدمات ومتلقيها حول وجود نقص في اللوازم التعليمية في مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان.

ولعل ذلك ناجم – حسب رأي الباحث – عن اعتماد مراكز التأهيل المجتمعي في دعمها على مصادر دولية.

وأما في ما يتعلق بمحور درجة امتلاك المهارات المعرفية ومدى استخدامها، فقد أظهر المحور اختلافـًا في وجهات نظر الأفراد العاملين وأسر الأفراد ذوي الإعاقة، حيث دلت وجهة نظر الأفراد العاملين على درجة مرتفعة في محور امتلاكهم المعرفة والمهارات التقنية الفنية، التي يحسن استخدامها في مراكز التأهيل المجتمعي، وعلى النقيض من ذلك رأي الأسر حول هذا المحور؛ إذ حصل على درجة متوسطة في مستوى تقديم الخدمة. وبذا، توافق رأي الأفراد ذوي الإعاقة مع رأي أسرهم.

واختلفت بعض الدراسات في هذه النتيجة عن هذه الدراسة حول مستوى أو درجة تقديم الخدمة على محور امتلاك الأفراد العاملين للمعرفة الفنية (التقنية)، مثل دراسات: عز الدين (١٩٩٩)، والصمادي وآخرين (١٩٩٧)، ودبابنة (٢٠٠٦)، التي وافقت ارتفاع درجة المعرفة الفنية لدى الكوادر العاملة في مراكز التأهيل المجتمعي في الأردن من وجهة نظر الأفراد العاملين. أما وجهات نظر مقدمي الخدمات ومتلقيها، فأجمعت دراستا: المعمري (٢٠٠٠)، وهيرمان وآخرين (Herman et al, 2005) على ضعف المهارات المعرفية (التقنية) ومدى استخدامها لدى الأفراد مقدمي الخدمات.

وقد يعزو الباحث السبب هنا إلى أن ما يراه الأفراد العاملون نحو أنفسهم في ما يتعلق بالمعرفة الفنية ومدى توظيفها في العمل التأهيلي، قد لا يراه الأفراد متلقو الخدمات (المنتفعون من الخدمات) التأهيلية. أما الرأي الأرجح ، فهو أن إجماع مقدمي الخدمات ومتلقيها على محور جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة في تلك المراكز من قِبل الأفراد العاملين للأفراد المنتفعين، يدل على امتلاك معرفة فنية (تقنية) يحسن استخدامها وتوظيفها في تقديم خدمات التأهيل في مراكز تأهيل المجتمع المحلي.

ثانيًا: التوصيات

في ضوء ما تمت مناقشته من مفاهيم نظرية لموضوع رصد واقع خدمات التأهيل المجتمعي من ناحية، وما أفرزته الاستجابات والآراء من نتائج عينة الدراسة من ناحية ثانية، واعتمادا على الاستنتاجات التي تم التوصل إليها من ناحية ثالثة، ارتأى الباحث أن يضع جملة من التوصيات والمقترحات التي يراها مناسبة؛ لتحقيق الغاية من هذه الدراسة؛ ولأجل التطوير وتعزيز عملية التأهيل المجتمعي في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، وذلك على النحو الآتي:

١- أن تعمل القيادات العليا لمراكز التأهيل المجتمعي على تطوير القابليات القيادية للجهات المحلية ولعاملي تلك المراكز، وبما يضمن ابتعادهم عن الأسلوب الانفرادي والمركزي في عملية القيادة، وأن تعمل على أسلوب المشاركة الجماعية في العمل القيادي وإدارة مراكز التأهيل المجتمعي، حيث إن مثل هذا الأسلوب يعطي مردودات تخدم عملية تطوير الأداء ورفع مستواه في العمل التأهيلي، ويزيد من مستوى روح التفاعل والعمل كفريق واحد نحو تنفيذ خطط المراكز وبرامجها.

٢- وللباحث، في مجال الأجهزة التأهيلية والخدمات المساندة، مقترحان؛ أولهما يتعلق بتوجيه العناية لتوفير الأجهزة التأهيلية الحديثة والمتطورة وجعلها في متناول الأفراد العاملين والمنتفعين؛ لتعميق نقل الحالة النظرية إلى الحالة التطبيقية، وثانيهما يتوجه نحو تأكيد أعمال الصيانة والإصلاح لما هو متوافر من أجل الاستمرار في العمل التأهيلي.

٣- نظرا لأهمية المعلومات في عملية رصد واقع تقديم الخدمات أو تقييم ما يقدم من خدمات في مراكز التأهيل المجتمعي للأفراد المنتفعين، فإنه ينبغي إنشاء قاعدة بيانات مرتبطة بإدخالات هذه المراكز وإخراجاتها؛ لتجميع المعلومات، بحيث يكون موضوع توافر المعلومات اللازمة لعملية التقييم بالكمية والنوعية المطلوبة في الوقت المناسب، وتصبح هذه المراكز مصادر للمعلومات المتوافرة لمن يصنع القرار.

٤- من خلال التحليل المقارن بين نتائج الدراسة الحالية ونتائج تقارير تقييم أداء المراكز، فإن الباحث يوصي بألا تقتصر عملية تقييم الأداء على المؤشرات الرقمية والكمية فحسب، بل يكون التقييم شاملاً كذلك لبعض المتغيرات التي طبقت خلال هذه الدراسة؛ حتى يصبح نظام تقييم الأداء حالة معبرة عن واقع الحال من الناحيتين: النوعية، والكمية.

٥- السعي وراء تجهيز مراكز التأهيل المجتمعي بالبنية المكانية (المادية) الموجودة أو المتاحة، اللازمة للقيام بالأعمال التأهيلية واستغلال الإمكانات المتاحة.

٦- في ضوء تحليل متغيرات الدراسة، فإن الباحث يقترح أن يجري القيام بدراسة مسحية استطلاعية؛ للوقوف على مؤشرات ومعطيات أخرى، مثل متغيرات: الجنس، ونوع التخصص للأفراد العاملين، والمؤهل العلمي، والوضع الاقتصادي للأفراد المنتفعين.

٧- إجراء البحوث والدراسات لبعض الجوانب والمحاور التي لم تتناولها هذه الدراسة، مثل: دور القيادات العليا في تحسين نوعية التأهيل في مراكز تأهيل المجتمع المحلي، وتعرف الكفايات اللازمة للقيادات المحلية وللأفراد العاملين فيها من أجل تطويرها.

٨- إجراء المزيد من الدراسات المشابهة على نطاق أوسع وعلى عينات مختلفة من الأفراد المنتفعين من مراكز التأهيل المجتمعي.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- **القرآن الكريم**.

- أبو حلاوة، أشرف، (٢٠٠٤). **فاعلية التأهيل المبني على المجتمع المحلـي فـي خفـض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية**، رسالة غير منشورة، جامعة عمـان العربية للدراسات العربية، عمان، الأردن.

- أبو شنب، زينات، أبو يابس، عيسى. (١٩٩٩). **تجربة المؤسسة السويدية للإغاثة الفرديـة في برنامج التأهيل المجتمعي**. مؤسسة فريدريش ناومان، الإتحاد العام للجمعيـات الخيريـة، عمان، الأردن.

- الأونروا، (١٩٩٨). **ورشة عمل حول مراجعة برنـامج التأهيـل المجتمعـي فـي الأردن**، المنعقدة في مركز التأهيل المجتمعي في البقعة، عمان، الأردن.

- الأونروا (٢٠٠٣). **موقع الأونروا الإلكتروني**، الأرقام حتى ٣١ ديسمبر ٢٠٠٣م.

- الأونروا (٢٠٠٤). **وكالة الغوث الدولية** - مكتب الإعلام - القدس.

- الأونروا (٢٠٠٧) ، منشورات **مكتب الإحصاء المركزي الفلسطيني**.

- الأونروا (٢٠٠٩). **تقريـر عـن المخيمـات وتـاريخ إنـشائها**، تـاريخ الوصـول ١٧ فبراير٢٠٠٩م.

- تقرير الاجتماع المشترك بين الأقطار إلى أقاليم شرق المتوسط، (٢٠٠٦). "**حول القواعـد الموحدة بشأن تكافؤ الفرص للمعوقين**"، القاهرة، بالفترة الواقعة بين٢~٤ أيار/ مايو.

- الحديدي، منى ومسعود، وائل، (١٩٩٧). **المعاق والأسرة والمجتمع**. عمـان: منـشورات جامعة القدس المفتوحة.

- الحديدي، منى، البسطامي، غانم، الشواهين، علي، أبو شـنب، زينـات (١٩٩٨). **الوثيقـة الوطنية: نحو استراتيجية وطنية للتأهيل المجتمعي، المجلس الوطني لـشؤون المعـوقين**، عمان، الأردن.

- الخطيب، جمال، (١٩٩١). **تقييم برامج التأهيل المهني من وجهة نظـر المنتفعـين منهـا: نموذج تجريبي مقترح**. جامعة اليرموك، الأردن: مجلة أبحاث اليرموك "**سلـسلة العلـوم الإنسانية والاجتماعية**".

- الخطيب، جمال وآخرون، (٢٠٠١). **الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربيـة الخاصـة والتأهيل**. المنامة، البحرين: مجلس وزارة الشؤون العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية.

- الخطيب، جمال والصمادي، جميل والروسان، فـاروق والحديـدي، منـى ويحيـى، خولـة والناطور، ميادة والزريقات، إبراهيم والعمايرة، موسى والسرور، ناديا، (٢٠٠٧). **مقدمـة في تعليم الطلبة المعاقين**. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

- الخطيب، جمال، (٢٠٠٨). **التربية الخاصة المعاصرة: قضايا وتوجهات**، دار وائل للنـشر، عمان، الأردن.

- داود، عزيز عبد المجيد،(١٩٩٥). **تجربة وكالة الغوث الدولية في استحداث برنامج التأهيل المجتمعي**.عمان، الأردن.

- داود، عزيز عبد المجيد،(٢٠٠٦). **الإعاقة من التأهيل إلى الدمج**.عمـان، الأردن: الطريـق للنشر والتوزيع.

- دبابنة، وليد، (٢٠٠٦). **تقويم التأهيل المهني للمعاقين فـي الأردن**. رسالة ماجـستير غيـر منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

- دردرياني، آني (١٩٩٤)، **مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة في الأردن**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- الشيخ، دعد (٢٠٠٦). **التأهيل المجتمعي في خدمة الأطفال المعاقين وأسرهم**، المؤتمر الأول للتأهيل المجتمعي في الدول العربية المنعقد بجامعة مؤتة، جامعة مؤتة. بالفترة الواقعة ٢٢-٢٤ سبتمبر ٢٠٠١م.

- الزعمط، يوسف، (١٩٩٣)، **التأهيل المهني للمعـوقين**، دار المطبوعـات للنـشر، عمـان، الأردن.

- الزعمط، يوسف، (٢٠٠٥). **التأهيل المهني للمعـاقين**، (ط٢)، عمـان: دار الفكـر للنـشر والتوزيع.

- سالم، ياسر (١٩٩٧). **التأهيل المهني والاجتماعي للمعـاقين**، منـشورات جامعـة القـدس المفتوحة، عمان، الأردن.

- شاهين، عوني، النواوي، محمود (٢٠٠٩). **مبادئ التأهيل المرتكز على المجتمـع (التأهيـل المجتمعي)**. دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

- الصفار، غسان، (٢٠٠٠). **المعوقون العراقيون يساهمون في تنمية مجتمعـاتهم: مـشروع التأهيل المجتمعي في العراق**. مجلة **"عالم العمل"**. ٣٤ (٢)، ص ٢٩~٤٥.

- الصمادي، جميل وآخرون، (١٩٩٧). **تقييم فاعلية مراكز التربية الخاصة في دولة الإمارات العربية المتحدة**، دراسة غير منشورة، جامعة الإمارات، العين، الإمارات.

- عبد الباسط، محمد (٢٠٠٦). **التأهيل في المجتمع المحلي الفلسفة والمفهـوم والبـرامج**، ورقة عمل مقدمة في المؤتمر الأول للتأهيل المجتمعي للدول العربية، جامعة مؤتة.

- عزالدين، أحمد، (١٩٩٩). **تقييم فاعلية خدمات برنامج التأهيل المجتمعـي للمعـاقين فـي الأردن**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- **قانون حقوق الأشخاص المعوقين** في الأردن لسنة (٢٠٠٧). عمان: منـشورات المجلـس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين.

- القريوتي، يوسف (١٩٩٦). **ورقة في التأهيل لمؤتمر التأهيل المجتمعي في عمان**.

- لجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي (٢٠٠٩)، **النظام الداخلي**، عمان، الأردن.

- المؤتمر الأول للتأهيل المجتمعي في الدول العربية المنعقد بجامعة مؤتة، جامعة مؤتة. بالفترة الواقعة ٢٢-٢٤ مايو٢٠٠٦م.

- مؤتمر تورينو للتأهيل المجتمعي (١٩٩٤). **برنامج التأهيل المجتمعي** في الـضفة وقطـاع غزة.

- **مركز حقوق الطفل المصري وإعاقات الطفولة**، القاهرة، ٢٠٠٤، ص١.

- المعايطة، داود (٢٠٠٦). **التأهيل المجتمعي**. دار الحامد للنشر. شفا بدران. عمان، الأردن.

- المعمري، خولة، (٢٠٠٠). **مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة في سلطنة عمان**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- الندوة العالمية **حول المعلومات والإحصاءات والأبحاث في ميدان الإعاقة،** (٢٠٠٨). للمجلـس الأعلى لشؤون المعوقين والمقرر الخاص المعني بشؤون الإعاقة في الأمم المتحـدة ومركـز الشمال والجنوب للحوار والتنمية. المنعقدة في الجامعـة الأردنيـة بتـاريخ: ٢٦~٢٧ / ٠٣ / ٢٠٠٨م.

- وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والتدريب المهني، (١٩٩٩). **دليل واقع خدمات المعوقين ورعايتهم بالسلطنة**، مسقط، الوزارة.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Allen, D., Spierel, S., & Fiorito, E. (1981). **Rehabititating people with disabilities into the mainstream of socity**. Noyes medical publications, U.S.A.

- Asinder, S. (2002). **What is CBR in the African context? In: CBR a Participatory Strategy in Africa** (ed. S. London: Hartley, University College.

- Bailey, D. B., Palsha, S. A., & Simeonsson, R. J. (1991**). Professional skills, concerns, and perceived importance of work with families in early inter- vention Exceptional Children.**

- David, W. (1997). **Nothing about Us without Us: Developing innovative technologies for, by and with people with Disabilities**. Palo Alto, California :Health Wrights.

- Ebrahim, S. (2004). **Health of Elderly People :In Oxford Text-Book of Public Health**. Roger Detels, James McEwen, Robert Beaglehole, Heizo Tanaka (Eds).(4th ed). New York: Oxford University Press Inc.

- Helander, E. (1999). **Prejudice and Dignity: An Introduction to Community - Based Rehabilition.** Fotogravura Novarte, Lda.

- ESCWA. (1994). **The situation of disabled women and their social integration in the ESCWA Region**. **Proceedings of ESCWA Regional Seminar on the Role of the Family in Integrating Disabled Women into Society**, 16 - 18 October, Amman, 45 - 65.

- Habib, L. (1997). **Gender and disability: Women experiences in the middle east**. Oxford: Oxfam; 46 - 52.

- Hallahan, D., & Kauffman, J. (1991). **Exceptional children. Englewood Cliffs**: New Jersy: Prentikice Hall.

- Hartly, S., Ojwang, P., Baguwemu, A., Ddamlira, M., & Chavuta, A. (2005). **How do carers of disabled children cope? The Ugandan perspective**, Child: care, Health & Development, 31–2, p.p 167 –180.

- Herman, S. E., Onaga, E., Pernice D. F., Oh SuMin., & Ferguson, C. (2005). **Sense of Community in clubhouse Programs: Member and Staff concepts**. **American Journal of Community Psychology**, 36 (3/4).

- Hoilis, V., Madill, H., Darrah, J., Warren, S., & Rivard, A. (2006). **Canadian therapists' experiences of community based rehabilitation services.International Journal of Therapy and Rehabilitation**, 13 (1).

- Kendall, E., Buys. N., & Larner, J. (2000**). Community-based Service Delivery in Rehabilitation: The Promise and the Paradox, Disability and Rehabilitation**,.22 (10), 435 – 445.

- Maes, S., Leventhal, H., & de Riddler, D. T. (1996). **Coping with Chronic Diseases. In**: Handbook of Coping – Theory, Research, Applications (eds M. Zeidner & N. S. Endler), pp. 221–251.N.Y: John Wiley & Sons.

- Miles, M. (2003) **CBR works best the way local people see it and build it. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal** 14(1): 86-98

- Mitchell, R. (1999). **Community based rehabilitation: the generalized model**. Disability and Rehabilitation, Vol. 21, (10 – 11). p.p 522 – 528.

- Peshawaria, R., Menon. D. K., Ganguly, R., Roy, S., Rajam, P., & Gupta, S. (1998).

- Sonu Goel. (2007):**An Introduction to the Community Based Rehabilitation Continuing Medical Education**. The Internet Jordan of Health (6 – 2).

- Sen, R., & Goldbart, J. (2005). **Partnership in Action: Introducing family –based intervention for children with disability in urban slums of Kolkata, India**. **International Journal of Disability, Development and Education** (52/ 4).

-Sharma, M., & Deepak, S. (2001). **Disability and Rehabilitation**. Taylor & Francis.

- Sharma, M. (2004). **Viable Methods for Evaluation of Community – Based Rehabilitation Programmers**. **Disability and Rehabilitation**, 26(6), 326 – 334.

- Stineman, M. (2002). **Guiding Principles for Evaluating and Reporting on Worldwide Community- Based Rehabilitation Programs.** Paper prepared for the International Review of Community Based Rehabilitation. 25-28 May 2003, Helsinki, Finland.

- Thomas, M., & Thomas, M. (2002). **Some controversies in community-based rehabilitation. In: CBR a Participatory Strategy in Africa**. (ed. S. Hartley),(13– London: 26). University College.

- Ericsson, K. (2006**).** The Amman Projects, **Experiences From The Community Based Approach to Disability Services**, Uppsala University, Sweden.

- Turmusani, M. (1999). **Disability policy and provisions in Jordan: a critical perspective**. In: E Stone (ed.) Disability and Development: Learning from Action and Research on Disability in the Majority World. Leeds: Disability Press; 193 ± 209.

- Turmusani, M. Vreede, A., & Wirz, S. L. (2002). **Some Ethical Issues in Community-based Rehabilitation initiatives in developing countries**. **Disability and Rehabilitation**. 24 (10), p.p 558 -564.

- UNRWA. (1992), **Community Rehabilitation Programs For Disabled Palestine Refugees**, Report & Recommendation of UNRWA & NGO'S Conference 10-12 May 1992 Amman –Jordan.

- Unicef. (2002). **Care centers For Children With Disabilities In Jordan** (A study).

- Wehman, P., Barcus. M., & Wilson, K. (2002). **A survey of training and technical assistance needs of community-based rehabilitation providers**, Richmond: Virginia Commonwealth University, Rehabilitation Research and Training Center.

- Weiss, K. E., & Repetto, J. (1997). **Support Services for Students with Disabilities, Community College**. **Journal of Research and Practice**, Florida, U. S. A.

- WHO., UNESCO., & ILO. (1994). **Community-Based Rehabilitation**. Joint Position paper, WHO, Paris, Geneva. Available at: http://www.disability.dk/ site/viewdoc.php? doc-id=624. Retriveel on 23/4/200

- World Health Organization. (WHO). (2003**). In collaboration with United Nations Organization and Disabled People's Organizations, Hosted by the Government of Finland**, Helsinki, 25-28 May 2003. available at: http://213.203.106.14/old site/CBR of CBR.htm. Retriveel on 21/10/2003

- World Health Organization. (WHO). (2004). **CBR Guidelines 1st Meeting** 01 – 02 November, Geneva, Switzerland.

- World Health Organization (WHO). (2006). **Report of the 4th Meeting on Development of CBR Guidelines** 11-15 December. Geneva, Switzerland.

- World Health Organization. (WHO) – SHIA. (1993). **Community – Based Rehabilitation as we have experienced**, 2 parts. Geneva: WHO.

- **www.un.org/unrwa/arabic/index.htm.**

- Zhuo, D., & Kun Nan Deng. (2001). **Community – based rehabilitation in the People's Republic of China**. **Disability and Rehabilitation**, 21(10 –11), 435 – 445.

قائمة الملاحق

الملحق (١)

قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الأردن رقم (٣١) لسنة ٢٠٠٧ م

منح مشروع قانون حقوق الأشخاص المعوقين رقم (٣١) لسنة ٢٠٠٧م، الذي اقره مجلس الأمة بشقيه الأعيان والنواب المعاق حقّ الترشح للانتخابات النيابية وحقّ التصويت والمشاركة فيها والمشاركة في أية انتخابات تجرى وبموجب أحكام هذا القانون الذي رفع للمراجع الرسمية للاقتران بالإرادة الملكية السامية تمهيدا لنشره في الجريدة الرسمية، تم إنشاء الصندوق الوطني لدعم الأشخاص المعوقين وتكون له عائدات أبرزها: ١٠ بالمئة من صافي ارباح اليانصيب الخيري الأردني الصادر عن الاتحاد العام للجمعيات الخيرية، ودينار واحد عن الترخيص السنوي لكل مركبة وخمسة دنانير عن كل معاملة تسجيل للعقارات وخمسة بالألف من رسوم كل رخصة بناء تصدرها الجهات المختصّة. كما نص مشروع القانون على إنشاء مجلس أعلى لشؤون الأشخاص المعوقين يتمتع بشخصية اعتبارية ذات استقلال مالي ويعين رئيس لهذا المجلس بإرادة ملكية سامية.

وفي ما يأتي نص القانون والإعفاءات التي يتم منحها بموجبه لهذه الفئة.

مشروع قانون رقم (٣١) لسنة ٢٠٠٧م قانون حقوق الأشخاص المعوقين.

المادة (١): يسمى هذا القانون «قانون حقوق الأشخاص المعوقين لسنة ٢٠٠٧» ويعمل به من تاريخ نشره

المادة (٢): يكون للكلمات والعبارات الآتية حيثما وردت في هذا القانون المعاني المخصصة لها أدناه ما لم تدل القرينة على غير ذلك:

- **المجلس:** المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين.
- **الرئيس:** رئيس المجلس.
- **الأمين العام**: أمين عام المجلس.
- **الصندوق**: الصندوق الوطني لدعم الأشخاص المعوقين.- الشخص المعوق: كل شخص مصاب بقصور كلّي أو جزئي بشكل مستقر في أي من حواسه أو قدراته الجسمية أو النفسية أو العقلية إلى المدى الذي يحد من إمكانية التعلم أو التأهيل أو العمل بحيث لا يستطيع تلبية متطلبات حياته العادية في ظروف أمثاله من غير المعوقين.

- **التمييز على أساس الإعاقة**: كل حد أو تقييد أو استبعاد أو إبطال أو إنكار مرجعه الإعاقة، لأي من الحقوق أو الحريات المقررة في هذا القانون أو في أي قانون آخر.

- **التجهيزات المعقولة**: التجهيزات اللازمة لمواءمة الظروف البيئية من حيث المكان والزمان وتوفير المعدات والأدوات والوسائل المساعدة حيثما كان ذلك لازما لضمان ممارسة الأشخاص المعوقين لحقوقهم على قدم المساواة مع الآخرين على أن لا يترتب على ذلك ضرر جسيم بالجهة المعنية.

- **التأهيل**: نظام خدمات متعدد العناصر يهدف إلى تمكين الشّخص المعوق من استعادة أو تحقيق قدراته الجسمية أو العقلية أو المهنية أو الاجتماعية أو الاقتصادية إلى المستوى الذي تسمح به قدراته.

- **إعادة التأهيل:** التدابير والبرامج والخطط التي غايتها استرجاع أو تعزيز أو المحافظة على القدرات والمهارات وتطويرها وتنميتها في المجال الصحي أو الوظيفي أو التعليمي أو الاجتماعي أو أي مجال آخر بما يحقق تكافؤ الفرص والدمج الكامل للشخص المعوق في المجتمع وممارسته لجميع الحقوق والحريات الأساسية على قدم المساواة مع الآخرين

- **التأهيل المجتمعي**: مجموعة برامج في إطار تنمية المجتمع لتحقيق التأهيل والتكافؤ في الفرص والدمج الاجتماعي للشخص المعوق.

- **الدمج:** التدابير والبرامج والخطط والسياسات التي تهدف إلى تحقيق المشاركة الكاملة للشخص المعوق في شتى مناحي الحياة دون أي شكل من أشكال التمييز وعلى قدم المساواة مع الآخرين.

المادة(٣): تنبثق فلسفة المملكة تجاه المواطنين المعوقين من القيم العربية الإسلامية والدستور الأردني والإعلان العالمي لحقوق الإنسان والمبادئ والأحكام المنصوص عليها في الاتفاقيات الدولية المتعلقة بحقوق الأشخاص المعوقين، وتؤكد على المرتكزات الآتية:

أ - احترام حقوق الأشخاص المعوقين وكرامتهم وحرية اختيارهم واحترام حياتهم الخاصة.

ب- المشاركة في وضع الخطط والبرامج الخاصة بالأشخاص المعوقين وشؤونهم.

ج- تكافؤ الفرص وعدم التمييز بين الأشخاص على أساس الإعاقة.

د- المساواة بين الرجل والمرأة المعوقين في الحقوق والواجبات.

هـ - ضمان حقوق الأطفال المعوقين وبناء قدراتهم وتنمية مهـاراتهم وتعزيـز دمجهـم فـي المجتمع.

د- توفير التجهيزات المعقولة لتمكين الشخص المعوق من التمتع بحق أو حرية ما أو لتمكينه من الإفادة من خدمة معينة.

ز- قبول الأشخاص المعوقين باعتبارهم جزءا من طبيعة التنوع البشري.

ح- الدمج في شتى مناحي الحياة والمجالات وعلى مختلف الأصعدة، بمـا فـي ذلـك شـمول الأشخاص المعوقين وقضاياهم بالخطط التنموية الشاملة.

ط- تشجيع البحث العلمي وتعزيزه، وتبادل المعلومات في مجال الإعاقة، وجمع البيانات والمعلومات والإحصاءات الخاصة بالإعاقة، التي تواكب ما يـستجد فـي هـذا المجـال.

ي- نشر الوعي والتثقيف حول قضايا الأشخاص المعوقين وحقوقهم.

المادة (٤): مع مراعاة التشريعات النافذة، توفر الجهات ذات العلاقة كل حـسب اختـصاصها للمواطنين المعوقين الحقوق والخدمات المبينة وفقا لأحكام هذا القانون فـي المجـالات الآتية:

أ- الصحة:

١- البرامج الوقائية والتثقيف الصحي بما في ذلك إجراء المسوحات المخبرية والميدانية للكشف المبكر عن الإعاقات.

٢- التشخيص والتصنيف العلمي وإصدار التقارير الطبية للمعوقين.

3- خدمات التأهيل الطبي والنفسي والخـدمات العلاجيـة بمـستوياتها المختلفـة والحـصول عليها بكل يسر.

4- الرعاية الصحية الأولية للمرأة المعوقة خلال فترة الحمـل والـولادة ومـا بعـد الـولادة.

٥- منح التأمين الصحي مجانا للأشخاص المعوقين، بمقتضى نظام يصدر لهذه الغاية.

ب - التعليم والتعليم العالي:

1- فرص التعليم العام والتعليم المهني والتعليم العالي للأشخاص المعوقين حسب فئات الإعاقة من خلال أسلوب الدمج.

٢- اعتماد برامج الدمج بين الطلبة المعوقين وآقرانهم من غير المعوقين، وتنفيذها فـي إطـار المؤسسات التعليمية

٣- التجهيزات المعقولة التي تساعد الأشخاص المعوقين علـى الـتعلم والتواصـل والتـدرب والحركة مجانًا، بما في ذلك طريقة برايل ولغة الإشارة للصم، وغيرهـا مـن التجهيـزات اللازمة.

٤- إجراء التشخيص التربوي ضمن فريق التشخيص الكلي لتحديد طبيعـة الإعاقـة، وبيـان درجتها، واحتياجاتها.

٥- إيجاد الكوادر الفنية المؤهلة للتعامل مع الطلبة المعوقين.

٦- برامج في مجال الإرشاد والتوعية والتثقيف للطلبة المعوقين وأسرهم.

٧- التقنيات الحديثة في تدريس وتعليم الطلبة المعوقين في القطاعين العام والخاص، بما في ذلك تدريس مبحثي الرياضيات والحاسوب.

٨- قبول الطلبة المعوقين الذين اجتازوا امتحان الدراسة الثانوية العامة، وفق شروط يتفق عليها بين المجلس ومجلس التعليم العالي للقبول بالجامعات الرسمية.

٩- وسائل التواصل للصم من خلال توفير اشكال من المساعدة، بما في ذلك تأمين مترجمي لغة الإشارة.

ج - التدريب المهني والعمل:

١- التدريب المهني المناسب للأشخاص المعوقين وتطوير قدراتهم وفقا لاحتياجات سوق العمل، بما في ذلك تدريب المدربين العاملين في هذا المجال وتأهيلهم.

٢- حصول الأشخاص المعوقين على فرص متكافئة في مجال العمل والتوظيف، بمـا يتناسـب والمؤهلات العلمية.

٣- إلزام مؤسسات القطاع العام والخاص والشركات التي لا يقل عدد العاملين في إي منها عن «٢٥» عاملا ولا يزيد على «٥٠» عاملا بتشغيل عامل واحد من الأشخاص المعوقين واذا زاد عدد العاملين في إي منهما على «٥٠» عاملا تخصص ما لا تقل نسبته عـن «٤%» من عدد العاملين فيها للأشخاص المعوقين شريطة أن تسمح طبيعة العمـل فـي المؤسـسة بذلك.

٤- التجهيزات المعقولة من قبل جهة العمل.

د- الحماية الاجتماعية والرعاية المؤسسية:

١- تدريب أسر الأشخاص المعوقين على التعامل السليم مع الشخص المعوق بصورة لا تمس كرامته أو إنسانيته.

٢- دمج الطفل المعوق ورعايته التأهيلية داخل أسرته، وفي حال تعذر ذلك تقدم له الرعاية التأهيلية البديلة.

٣- خدمات التأهيل المهني والاجتماعي واعادة التأهيل والخدمات المساندة بجميع أنواعها وبما يحقق الدمج والمشاركة الفاعلة للأشخاص المعوقين ولأسرهم.

٤- الرعاية المؤسسية النهارية أو الإيوائية للأشخاص المعوقين الذين يحتاجون إلى ذلك.

٥- معونات شهرية للأشخاص المعوقين من غير المقتدرين على الإنتاج وفقا لأحكام قانون صندوق المعونة الوطنية النافذ المفعول.

٦- برامج التأهيل المجتمعي وفق السياسات التي يحددها المجلس.

هـ - التسهيلات البيئية:

١- تطبيق كودة متطلبات البناء الوطني الرسمي الخاص بالأشخاص المعوقين الصادرة عن الجهة ذات العلاقة في جميع الأبنية في القطاعين العام والخاص والمتاحة للجمهور، ويطبق ذلك على الأبنية القائمة ما أمكن.

٢- عدم منح تراخيص البناء لأي جهة إلا بعد التأكد من التزامها بالأحكام الواردة في البند «١» من هذه الفقرة.

٣- تأمين كل من شركات النقل العام والمكاتب السياحية ومكاتب تأجير السيارات واسطة نقل واحدة على الأقل بمواصفات تكفل للأشخاص المعوقين استخدامها أو الانتقال بها بيسر وسهولة.

٤- وصول الأشخاص المعوقين إلى تكنولوجيا ونظم المعلومات بما في ذلك شبكة الإنترنت ووسائل الاعلام المختلفة المرئية والمسموعة والمقروءة وخدمات الطوارئ بما في ذلك تأمين مترجمين للغة الإشارة.

و- الإعفاءات الجمركية والضريبية:

١- إعفاء التجهيزات المعقولة للأشخاص المعوقين بما في ذلك المـواد التعليميـة، والطبيـة، والرياضية، والوسائل المساعدة، والأدوات، والآلات، وقطعهـا مـن الرسـوم الجمركيـة والضريبة العامة على المبيعات ورسوم طوابع الواردات ومن إي رسوم أو ضرائب أخرى بمقتضى نظام يصدر لهذه الغاية.

٢- إعفاء واسطة نقل واحدة لاستخدام الشخص المعوق ولمرة واحدة من الرسـوم الجمركيـة والضريبة العامـة علـى المبيعـات ورسـوم طوابـع الـواردات وأي رسـوم أخـرى. وتحدد أسس وشروط منح هذه الإعفاءات، وتبديل واسطة النقل، بما في ذلك درجة الإعاقـة بمقتضى نظام يصدر لهذه الغاية.

٣- إعفاء الأشخاص شديدي الإعاقة من دفع رسوم تصريح العمل لعامل واحد غيـر أردنـي بهدف خدمتهم في منازلهم بمقتضى نظام يصدر لهذه الغاية.

٤- تعفى مدارس ومراكز ومؤسسات الأشخاص المعوقين، التابعـة للحكومـة أو الجمعيـات الخيرية أو التطوعية، من جميع الرسوم الجمركية والضريبة العامة على المبيعات، وضريبة الأبنية والمسقفات، والمعارف، ورسوم طوابع الواردات، ورسوم تسجيل هذه العقارات، وأية ضرائب أو عوائد تحسين أخرى بمقتضى نظام يصدر لهذه الغاية.

ز- الحياة العامة والسياسية:

١- حق الأشخاص المعوقين في التصويت والانتخاب وتهيئة أماكن ومرافق مناسـبة وسـهلة الاستعمال، تمكنهم من ممارسة الترشيح والانتخاب في المجالات المختلفة.

٢- البيئة المناسبة للمشاركة بصورة فاعلة في جميع الشؤون العامة دون تمييز، بما في ذلـك المشاركة في المنظمات والهيئات غير الحكومية المعنية في الحياة العامة والسياسية.

ح- الرياضة والثقافة والترويح:

١- إنشاء الهيئات الرياضية والثقافية ودعمها بهدف فتح المجال للأشخاص المعوقين لممارسـة انشطتهم المختلفة بما يلبي حاجاتهم ويطور قدراتهم.

٢- دعم مشاركة المتميزين من الأشخاص المعوقين رياضيا وثقافيا في الأنـشطة والمـؤتمرات الوطنية والدولية.

٣- إدخال البرامج والانشطة الرياضة، والترويحية، والثقافية، ضمن برامج المؤسسات والمراكز والمدارس العاملة في مجال الإعاقة، وتوفير الكوادر المتخصصة، والتجهيـزات المعقولـة لذلك.

٤- استخدام المكتبات والحدائق العامة والمرافق الرياضية أمام الأشخاص المعـوقين وتـوفير التجهيزات المعقولة.

ط - التقاضي:

١- تراعى الظروف الصحية للشخص المعوق من حيث الاماكن الخاصة بالتوقيف إذا اقتضت طبيعة القضية وظروفها توقيفه.

٢- توفير التقنيات المساعدة للأشخاص المعوقين بما في ذلك ترجمة لغة الإشارة.

المادة (٥): مع مراعاة التشريعات النافذة ذات العلاقة تستأنس أي جهة مختصة بـرأي المجلـس قبل منح الترخيص لأي جمعية أو هيئة اجتماعية أو ناد أو مدرسة أو مركز أو مؤسسة تعمل أي منها في مجال الإعاقة.

المادة (٦):

أ - يؤسس في المملكة مجلس يسمى (المجلس الأعلى لـشؤون الأشـخاص المعـوقين) يتمتـع بشخصية اعتبارية ذات استقلال مالي وإداري، وله بهذه الصفة القيام بجميع التصرفات القانونية اللازمة لتحقيق أهدافه بما في ذلك إبرام العقود وتملـك الأمـوال المنقولـة وغيـر المنقولـة والاقتراض والبيع والرهن وقبول الهبات والتبرعات والإعانات والوصايا والوقف، ولـه حـق التقاضي، ويمثله لهذه الغاية المحامي العام المدني أو أي محام آخر.

ب - يكون المركز الرئيس للمجلس في مدينة عمان وله إنشاء فروع وفتح مكاتب في مراكـز المحافظات.

ج - يعين رئيس المجلس بإرادة ملكية سامية.

د - يعين أمين عام المجلس بقرار من مجلس الوزراء بناء على تنسيب المجلس ،ويحدد راتبـه وسائر حقوقه المالية في قرار تعيينه.

هـ - يشكل المجلس برئاسة الرئيس وعضوية كل من:

١- أمين عام المجلس.

٢- أمين عات وزارة التنمية الاجتماعية.

٣- أمين عام وزارة العمل.

٤- أمين عام وزارة الصحة يسميه وزير الصحة.

٥- أمين عام وزارة المالية.

٦- أمين عام وزارة التربية والتعليم يسميه وزير التربية والتعليم.

٧- وكيل أمانة عمان الكبرى يسميه أمين عمان.

٨- أمين عام المجلس الأعلى للشباب

٩- مدير الصندوق.

١٠- أمين عام اللجنة الأولومبية الموازنة الأردنية (البارالمبية).

١١- ستة ممثلين عن الأشخاص المعوقين، اثنان منهم معوقون بصريا واثنان معوقون حركيـا واثنان معوقون سمعيا ، يتم تعيينهم بقرار من مجلس الوزراء بناء على تنسيب المجلـس، على أن يكون واحداً من كل إعاقة ممثلا عن الجمعيات العاملة مع تلك الإعاقة.

١٢- ممثل واحد عن أهالي المعوقين ذهنياً يسميه الرئيس.

١٣- ثلاثة أشخاص من المتميزين في مجال الإعاقة وممن أدوا خدمات للمعوقين يعينون بقرار من مجلس الوزراء بناء على تنسيب المجلس.

و- يختار المجلس في أول اجتماع له من بين أعضائه نائبا للرئيس يتولى مهامه عند غيابه.

ز - تكون مدة العضوية للأعضاء المنصوص عليهم في البنود (١١) و(١٢) و(١٣) من الفقرة (هـ) من هذه المادة ثلاث سنوات قابلة للتجديد لمرة واحدة فقط.

المادة (٧): يتولى المجلس المهام والصلاحيات الآتية:

أ_ رسم السياسة الخاصة بالأشخاص المعوقين ومراجعتها ومتابعة تنفيذها بالتنسيق مع الجهات ذات العلاقة؛ بقصد توحيد جميع الجهود الرامية إلى تحـسين مـستوى وظـروف معيـشة الأشخاص المعوقين وتسهيل دمجهم في المجتمع.

ب_ المشاركة مع الجهات ذات العلاقة في وضع خطة وطنية شاملة للتوعية والوقاية؛ للحد من حدوث الإعاقات وتخفيف حدتها والعمل على منع تفاقمها.

ج_ متابعة ودعم تنفيذ بنود الاستراتيجية الوطنية للأشخاص المعوقين وما ينبثق عنها من خطط وبرامج وأنشطة.

د_ اقتراح تعديل التشريعات ذات العلاقة بالأشخاص المعوقين والأنظمة والتعليمـات اللازمـة لتنفيذ أحكام هذا القانون.

ه _ وضع المعايير اللازمة لجودة البرامج والخدمات المقدمة للأشخاص المعوقين بالتنسيق مع الجهات ذات العلاقة.

و_ المشاركة في الجهود الرامية إلى تحقيق اهداف المواثيق والاتفاقيات الدولية المتعلقة بشؤون الأشخاص المعوقين التي صادقت عليها المملكة.

ز _ وضع الخطط والسياسات اللازمة لاستثمار أموال المجلس.

ح _التعاون مع المؤسسات، والجهات الوطنية، والإقليمية، والدوليـة، ذات العلاقـة بأهـداف المجلس.

ط_ إيجاد مراكز وطنية ريادية للتدريب واجراء البحوث والدراسات، وإنشاء قواعـد البينـات المتعلقة بشؤون الأشخاص المعوقين.

ي_ المشاركة في تمثيل المملكة لدى المؤسسات والهيئات العربية والإقليمية والدوليـة المعنيـة بشؤون الأشخاص المعوقين.

ك_ تشكيل لجان دائمة، ومؤقتة؛ لمساعدة المجلس على القيام بمهامـه، وتحديـد صـلاحياتها ومكافآتها.

ل_ إقرار الموازنة السنوية التقديرية للمجلس، ورفعها إلى مجلس الوزراء للمصادقة عليها.

م_ المصادقة على الحساب الختامي السنوي المدقق.

ن_ إصدار التعليمات التنفيذية المتعلقة بالشؤون المالية، والإدارية، والفنية في المجلس.

س_ تحديد الهيكل التنظيمي للمجلس ووصف الوظائف والمهام والمسؤوليات فيه.

ع_ أية أمور أخرى يحيلها الرئيس إليه.

المادة (٨):

أ - يجتمع المجلس مرة على الأقل كل ثلاثة أشهر، وكلما دعت الحاجة لذلك، بدعوة من رئيسه، أو نائبه عند غيابه، يكون النصاب القانونية لاجتماعاته بحضور ما لا يقـل عـن الأغلبيـة المطلقة لأعضائه، على أن يكون من بينهم الرئيس أو نائبه، ويتخذ قراراته بأغلبية أصوات أعضائه الحاضرين على الأقل.

ب - يسمى الرئيس أحد موظفي المجلس أمينًا للسر؛ يتولى الإعداد لاجتماعات المجلس، وتدوين محاضر جلساته، وقراراته، وحفظ قيوده وسجلاته.

ج - للرئيس دعوة أي شخص من ذوي الخبرة أو الاختصاص لحضور اجتماعـات المجلـس؛ للاستئناس برأيه في الأمور المعروضة عليه، دون أن يكون له حق التصويت على قراراته.

د - تحدد مكافآت أعضاء المجلس، مقابل حضور جلساته بقرار من رئيس الوزراء، بناء علـى تنسيب الرئيس.

المادة (٩): يتولى الرئيس المهام والصلاحيات الآتية:

أ - متابعة السياسة العامة التي يضعها المجلس، والإشراف على تنفيذ القرارات الصادرة عنه.

ب- متابعة التقارير الخاصة بأعمال المجلس.

ج- تمثيل المجلس لدى الغير.

د - أية صلاحيات أخرى يفوضها له المجلس، على أن يكون التفويض خطيًا ومحددا وموقوتـًا.

المادة (١٠): يتولى الأمين العام المهام والصلاحيات الآتية:

أ- تنفيذ قرارات المجلس.

ب - رفع تقارير دورية عن سير العمل في المجلس إلى الرئيس؛ ليتم عرضها على المجلس.

ج- الإشراف على موظفي ومستخدمي المجلس وادارة جميع أجهزته.

د - إعداد مشروع الموازنة السنوية التقديرية، وعرضها على المجلس قبل انتهاء الـسنة الماليـة بمدة لا يقل عن شهرين.

هـ - إعداد الحساب الختامي المدقق وعرضه.

و - أية صلاحيات أخرى يكلفه بها الرئيس، على أن يكون التفويض خطيا ومحددا وموقوتـًا.

المادة (١١): يكون للمجلس جهاز من الموظفين، والمستخدمين، يتم تعيينهم، وتحديد رواتـبهم، وسائر الأمور المتعلقة بهم، بمقتضى نظام يصدر لهذه الغاية.

المادة (١٢):

أ - يترتب على كل مؤسسة في القطاع الخاص ثبت امتناعها عن تنفيذ أحكام البند (٣) مـن الفقرة (ج)، من المادة (٤)، من هذا القانون دفع غرامة مالية لا يقل مقدارها عن ضعف الأجرة الشهرية للحد الأدنى لعدد الأشخاص المعوقين المترتب عليها تشغيلهم خلال السنة، وفي حال تكرار المخالفة تضاعف الغرامة.

ب - تؤول الغرامات المنصوص عليها في الفقـرة (أ)، مـن هـذه المـادة إلـى المجلـس.

المادة (١٣):

أ - يؤسس في المجلس صندوق يسمى (الصندوق الوطني لدعم الأشخاص المعوقين) يـرتبط بالرئيس ويكون له حساب مالي مستقل.

ب- يتولى المجلس توفير الموارد المالية اللازمة لدعم البرامج والأنشطة الخاصة بالإعاقـات، وتوزيع هذه الموارد على جهاتها المختلفة، وفق الأسس والمعايير والقرارات الصادرة عن المجلس لهذه الغاية.

ج - تحدد الأحكام والإجراءات المتعلقة بكيفية تشكيل لجنة الصندوق، ومديره، والعاملين فيـه، وعقد اجتماعاته، والمسؤوليات، والصلاحيات، وسائر الأمور المتعلقة به بمقتضى تعليمات يصدرها المجلس لهذه الغاية.

المادة (١٤): يكون للمجلس موازنة مستقلة، وتبدأ السنة المالية للمجلس في اليـوم الأول مـن شهر كانون الثاني من كل سنة، وتنتهي في اليوم الحادي والثلاثين من شهر كانون الأول من السنة ذاتها.

المادة (١٥):

أ- تتكون الموارد المالية للمجلس مما يأتي:

١- المخصصات المرصودة له في الموازنة العامة للدولة.

٢- (١٠%) من صافي أرباح اليانصيب الخيري الأردني الصادر عن الاتحاد العام للجمعيـات الخيرية.

٣- دينار واحد إضافي عن الترخيص السنوي لكل مركبة باستثناء المركبات الزراعية.

٤- خمسة دنانير عن كل معاملة تسجيل للعقارات.

٥- خمسة بالألف من رسوم كل رخصة بناء تصدرها الجهات المختصة.

٦- الهبات والتبرعات والمنح والهدايا والوصايا المقدمة له، شريطة موافقة مجلـس الـوزراء عليها إذا كانت من مصدر غير أردني.

٧- البدل الذي يفرضه المجلس بموجب تعليمات خاصة على استخدام مرافقه.

٨- عوائد استثمار أمواله.

٩- الغرامات التي تتأتى له وفقًا لأحكام هذا القانون.

١٠- أية مصادر أخرى يوافق عليها المجلس.

ب - تحدد أسس وشروط استيفاء الرسوم المنصوص عليها في البنود (٣) و(٤) و(٥) من الفقرة (أ) من هذه المادة بمقتضى تعليمات يصدرها وزير المالية لهذه الغاية.

المادة (١٦): يتمتع المجلس بالإعفاءات والتسهيلات التـي تتمتـع بهـا الـوزارات والـدوائر الحكومية.

المادة (١٧): تخضع أموال المجلس لرقابة ديوان المحاسبة.

المادة (١٨): تعتبر أموال المجلس وحقوقه لدى الغير، أموالاً عامة يتم تحصيلها وفقًا لأحكـام قانون تحصيل الأموال الأميرية النافذ المفعول.

المادة (١٩): يصدر مجلس الوزراء الأنظمة اللازمة لتنفيذ أحكام هذا القانون.

المادة (٢٠): يلغى قانون رعاية المعوقين رقم (١٢) لسنة ١٩٩٣م، وما طرأ عليه من تعديلات.

المادة (٢١): رئيس الوزراء والوزراء مكلفون بتنفيذ أحكام هذا القانون .

الملحق (٢)

توزيع عدد الأخصائيين حسب المؤهل العلمي وسنوات الخبرة

في مراكز التأهيل المجتمعي

اسم المركز	قسم العمل	عدد الأخصائيين	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
سوف	العقلي	١						١			
	السمعي	١								١	
	العلاج الطبيعي	١								١	
المجموع		٣						١		٢	

اسم المركز	قسم العمل	عدد الأخصائيين	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
جرش	العقلي	١						١			
	السمعي	١								١	
	العلاج الطبيعي	١								١	
المجموع		٣						١		٢	

اسم المركز	قسم العمل	عدد الأخصائيين	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
الحصن	العقلي	١							١		
	السمعي	١								١	
	العلاج الطبيعي	١								١	
المجموع		٣							١	٢	

اسم المركز	قسم العمل	عدد الأخصائيين	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
البقعة	العقلي	١									١
	السمعي	١					١				
	العلاج الطبيعي	١								١	
المجموع		٣					١			١	١

اسم المركز	قسم العمل	عدد الأخصائيين	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
وقاص	العقلي	١							١		
	السمعي	١								١	
	العلاج الطبيعي	١								١	
المجموع		٣							١	٢	

اسم المركز	قسم العمل	عدد الأخصائيين	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
إربد	العقلي	١						١			
	السمعي	١								١	
	العلاج الطبيعي	١								١	
المجموع		٣						١		٢	

اسم المركز	قسم العمل	عدد الأخصائيين	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
الطالبية	العقلي	١									١
	السمعي	١						١			
	العلاج الطبيعي	١								١	
	دكتور	١									١
المجموع		٤						١		١	٢

اسم المركز	قسم العمل	عدد الأخصائيين	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
ماركا	العقلي	١						١			
	السمعي	١						١			
	العلاج الطبيعي	١								١	
المجموع		٣						٢		١	

اسم المركز	قسم العمل	عدد الأخصائيين	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
الوحدات	العقلي	٢									٢
	السمعي	١						١			
	العلاج الطبيعي	٣							١	١	١
	العلاج الوظيفي	١								١	
	الممرضة	١						١			
	الباحثة	١									١
المجموع		٩						٢	١	٢	٤

اسم المركز	قسم العمل	عدد الأخصائيين	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
الزرقاء	العقلي	١									١
	السمعي	١						١			
	العلاج الطبيعي	١								١	
المجموع		٣						١		١	١

المجموع	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
مجموع سنوات الخبرة	٠	٠	٠	٠	١	٩	٣	١٦	٨
مجموع المؤهل العلمي	٠			١٠			٢٧		
المجموع الكلي	٣٧								

الملحق (٣)

جدول توزيع عدد المتطوعات حسب المؤهل العلمي وسنوات الخبرة

في أقسام مراكز سوف للتأهيل المجتمعي في الفصل الثاني من عام ٢٠٠٨

اسم المركز	قسم العمل	عدد المتطوعات	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
سوف	العقلي	٢			١	١					
	السمعي	٣			٢	١					
	العلاج الطبيعي	١						١			
	العلاج النطقي	١						١			
	صعوبات التعلم	١							١		
	التأهيل المهني	١						١			
المجموع		٩			٣	٢		٣	١		

اسم المركز	قسم العمل	عدد المتطوعات	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
جرش	العقلي	٤			٢			٢			
	السمعي	١							١		
	العلاج الطبيعي	١			١						
	العلاج النطقي	١			١						
	تأهيل أسري	٥		٢	٣						
	دمج أكاديمي	١						١			
المجموع		١٣		٢	٧			٣	١		

اسم المركز	قسم العمل	عدد المتطوعات	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
الحصن	العقلي	٤		٣	١						
	السمعي	١						١			
	العلاج الطبيعي	٢						٢			
	العلاج النطقي	١			١						
	دمج أكاديمي	٢						٢			
	المجموع	١٠		٣	٢			٥			

اسم المركز	قسم العمل	عدد المتطوعات	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
البقعة	العقلي	٤				٣	١				
	السمعي	٤			١		٢	١			
	العلاج الطبيعي	٢						٢			
	العلاج الوظيفي	١						١			
	العلاج النطقي	٢	١					١			
	صعوبات التعلم	١							١		
	التأهيل الأسري	٦			١		٢	١	٢		
	فحص السمع	١			١						
	دمج أكاديمي	٢						٢			
	صيانة الأجهزة	١			١						
	المجموع	٢٤	١		٤	٣	٥	٨	٣		

اسم المركز	قسم العمل	عدد المتطوعات	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
وقاص	العقلي	٣	١		١		١				
	السمعي	١						١			
	العلاج الطبيعي	١						١			
المجموع		٥	١		١		١	٢			

اسم المركز	قسم العمل	عدد المتطوعات	توجيهي وما دون			دبلوم متوسط			بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
الطالبية	العقلي	١	١								
	السمعي	١			١						
	العلاج الطبيعي	٢		١	١						
	العلاج النطقي	٢			١			١			
	التأهيل المهني	٢			١			١			
	فحص السم	١					١				
	دمج أكاديمي	٣	١						٢		
المجموع		١٢	٢	١	٤		١	٢	٢		

اسم المركز	قسم العمل	عدد المتطوعات	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
حطين	العقلي	٣			٢			١			
	السمعي	١			١						
	العلاج الطبيعي	٢			١			١			
	العلاج النطقي	٢			١		١				
	دمج أكاديمي	٤			١		٢	١			
المجموع		١٢			٦		٣	٣			

اسم المركز	قسم العمل	عدد المتطوعات	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
إربد	العقلي	٣			١		٢				
	السمعي	٢			١			١			
	العلاج الطبيعي	٢			١					١	
	العلاج النطقي	٣			١			٢			
	دمج أكاديمي	٥			١			٤			
المجموع		١٥			٥		٢	٧		١	

اسم المركز	قسم العمل	عدد المتطوعات	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من(١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة
الوحدات	العقلي	٧		٣	٣	١					
	السمعي	١			١						
	العلاج الطبيعي	١			١						
	العلاج الوظيفي	١								١	
	العلاج النطقي	١	١								
	التوحد	١					١				
	صعوبات التعلم	٢				١		١			
	دمج أكاديمي	٢			١		١				
	ممرضة	١						١			
	باحثة	١									١
المجموع		١٨	١	٣	٦	٢	٢	٢		١	١

اسم المركز	قسم العمل	عدد المتطوعات	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
			الخبرة أقل من (١) سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣) سنة	الخبرة أكثر من (٣) سنة	الخبرة أقل من (١) سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣) سنة	الخبرة أكثر من (٣) سنة	الخبرة أقل من (١) سنة	الخبرة من (١) سنة إلى (٣) سنة	الخبرة أكثر من (٣) سنة
الزرقاء	التأهيل الأسري	٦	٣	١		٢	١				
المجموع		٦	٣	١		٢	١				

المجموع	المؤهل توجيهي وما دون			المؤهل دبلوم متوسط			المؤهل بكالوريوس فأكثر		
	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى(٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى(٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣)سنة	الخبرة أقل من (١)سنة	الخبرة من (١) سنة إلى(٣)سنة	الخبرة أكثر من (٣) سنة
	٨	١٠	٣٨	٠	١٥	٣٥	٧	٢	١
المجموع	٥٦			٥٩			١٠		
المجموع الكلي	١٢٥								

الملحق (٤)

جدول توزيع مجتمع الدراسة وعينته من الأفراد المنتفعين حسب مراكز التأهيل المجتمعي

المركز	نوع الخدمات				المجموع
	متخصصة	محددة	دمج	مجتمعي	
سوف	٥٩	٨٦	٣٥	٢٠٩	٣٨٩
جرش	٥٠	٢٣٠	٤٧	٤٧٣	٨٠٠
الحصن	٢٤	١٤٦	٢٢	٤٩٦	٦٨٨
البقعة	٥٦	١٣٣	١٢٥	٤٦٠	٧٧٤
وقاص	٤٥	٤٧	٩	٣٣٣	٤٣٤
الطالبية	٢٩	٧٥	٦٨	٥٧٣	٧٤٥
حطين	٣٢	٧٦	٧٩	٢٣٣	٤٢٠
إربد	٦٨	٨٠	١٣٣	٣٩٧	٦٧٨
الوحدات	٥٢	٩٥	٢٣	٤٠٧	٥٧٧
الزرقاء	٠	٨٢	٨	١٧٨	٢٦٨
المجموع	٤١٥	١٠٥٠	٥٤٩	٣٧٥٩	٥٧٧٣

الملحق (٥) نموذج تفريغ بيانات مراكز التأهيل المجتمعي

توزيع الأفراد المنتفعين على خدمات مركز سوف للتأهيل المجتمعي للفصل الأول من عام ٢٠٠٨ ~ ٢٠٠٩ م

الخدمات المتخصصة النهارية المقدمة داخل المركز، مثل: صفوف الإعاقات										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المجموع	٢٨	٩	٧	٠	٢	٥	٤	٠	٤	٥٩

الخدمات المقدمة ضمن فترات زمنية محددة: مثل الخدمات المساندة (الطبيعي، الوظيفي، النطقي) والتأهيل الأسري										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	١	٣	٣٣	٠	٠	٠	١٥	٠	٣	٥٥
المنزل	٢	١	٢٥	٠	٠	٠	٣	٠	٠	٣١
المجموع	٣	٤	٥٨	٠	٠	٠	١٨	٠	٣	٨٦

خدمات الدمج المجتمعي: مثل الدمج الأكاديمي (الروضات، المدارس)، والمهني (أماكن العمل أو التدريب).										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
الأكاديمي	٠	١٧	٤	٠	٠	١	١	٠	٠	٢٣
المهني	٦	١	٢	٠	٠	٠	٣	٠	٠	١٢
المجموع	٦	١٨	٦	٠	٠	١	٤	٠	٠	٣٥

الخدمات التأهيلية المجتمعية: مثل المحاضرات التوعوية، الكشف والتدخل المبكر، التحويل، برنامج الوقاية، الأنشطة المختلفة.										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٣٨	٢٧	٣٣	٠	١	٧	٣	٠	٦	١١٥
المجتمع	٢٠	١٥	١٦	٠	٠	١٩	١٢	٣	٩	٩٤
المجموع	٥٨	٤٢	٤٩	٠	١	٢٦	١٥	٣	١٥	٢٠٩

نوع خدمة	الإعاقة مكانها	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
ت.خ	المركز	٢٨	٩	٧	٠	٢	٥	٤	٠	٤	٥٩
محدد	المركز	١	٣	٣٣	٠	٠	٠	١٥	٠	٣	٥٥
تأهيل	المركز	٣٨	٢٧	٣٣	٠	١	٧	٣	٠	٦	١١٥
المجموع		٦٧	٣٩	٧٣	٠	٣	١٢	٢٢	٠	١٣	٢٢٩
محدد	المنزل	٢	١	٢٥	٠	٠	٠	٣	٠	٠	٣١
المجموع		٢	١	٢٥	٠	٠	٠	٣	٠	٠	٣١
دمج	مدرسة	٠	١٧	٤	٠	٠	١	١	٠	٠	٢٣
المجموع		٠	١٧	٤	٠	٠	١	١	٠	٠	٢٣
دمج	العمل	٦	١	٢	٠	٠	٠	٣	٠	٠	١٢
المجموع		٦	١	٢	٠	٠	٠	٣	٠	٠	١٢
تأهيل	المجتمع	٢٠	١٥	١٦	٠	٠	١٩	١٢	٣	٩	٩٤
المجموع		٢٠	١٥	١٦	٠	٠	١٩	١٢	٣	٩	٩٤
المجموع النهائي		٩٥	٧٣	١٢٠	٠	٣	٣٢	٤١	٣	٢٢	٣٨٩

توزيع الأفراد المنتفعين على خدمات مركز جرش للتأهيل المجتمعي للفصل الأول من عام ٢٠٠٨ ~ ٢٠٠٩ م

الخدمات المتخصصة النهارية المقدمة داخل المركز، مثل: صفوف الإعاقات										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المجموع	٢٦	١٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١٢	٥٠

الخدمات المقدمة ضمن فترات زمنية محددة: مثل الخدمات المساندة (الطبيعي، الوظيفي، النطقي) والتأهيل الأسري										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٢٠	٠	٢٩	٠	٠	٠	٠	٢٠	١٧	٨٦
المنزل	١١	٣	٣١	٣	٤	٠	٢٦	١٨	٤٨	١٤٤
المجموع	٣١	٣	٦٠	٣	٤	٠	٢٦	٣٨	٦٥	٢٣٠

خدمات الدمج المجتمعي: مثل الدمج الأكاديمي (الروضات، المدارس)، والمهني (أماكن العمل أو التدريب).										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
الأكاديمي	٣	٦	٣	٢	٠	٢	٠	٠	٠	١٦
المهني	١٣	٨	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٨	٣١
المجموع	١٦	١٤	٥	٢	٠	٢	٠	٠	٨	٤٧

الخدمات التأهيلية المجتمعية: مثل المحاضرات التوعوية، الكشف والتدخل المبكر، التحويل، برنامج الوقاية، الأنشطة المختلفة.										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٤٥	١١٨	١٢٧	١٥	٠	٠	٣٧	٠	٢٨	٣٧٠
المجتمع	٣٥	١٣	٠	٠	٠	٠	٠	55	٠	١٠٣
المجموع	٨٠	١٣١	١٢٧	١٥	٠	٠	٣٧	55	٢٨	٤٧٣

نوع خدمة	الإعاقة مكانها	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
ت.خ	المركز	٢٦	١٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١٢	٥٠
محدد	المركز	٢٠	٠	٢٩	٠	٠	٠	٠	٢٠	١٧	٨٦
تأهيل	المركز	٤٥	١١٨	١٢٧	١٥	٠	٠	٣٧	٠	٢٨	٣٧٠
المجموع		٩١	١٣٠	١٥٦	١٥	٠	٠	٣٧	٢٠	٥٧	٥٠٦
محدد	المنزل	١١	٣	٣١	٣	٤	٠	٢٦	١٨	٤٨	١٤٤
المجموع		١١	٣	٣١	٣	٤	٠	٢٦	١٨	٤٨	١٤٤
دمج	مدرسة	٣	٦	٣	٢	٠	٢	٠	٠	٠	١٦
المجموع		٣	٦	٣	٢	٠	٢	٠	٠	٠	١٦
دمج	العمل	١٣	٨	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٨	٣١
المجموع		١٣	٨	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٨	٣١
تأهيل	المجتمع	٣٥	١٣	٠	٠	٠	٠	٠	55	٠	١٠٣
المجموع		٣٥	١٣	٠	٠	٠	٠	٠	55	٠	١٠٣
المجموع النهائي		١٥٣	١٦٠	١٩٢	٢٠	٤	٢	٦٣	٩٣	١١٣	٨٠٠

توزيع الأفراد المنتفعين على خدمات مركز الحصن للتأهيل المجتمعي

للفصل الأول من عام ٢٠٠٨ ~ ٢٠٠٩ م

الخدمات المتخصصة النهارية المقدمة داخل المركز، مثل: صفوف الإعاقات										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المجموع	١٥	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٧	٢٤

الخدمات المقدمة ضمن فترات زمنية محددة: مثل الخدمات المساندة (الطبيعي، الوظيفي، النطقي) والتأهيل الأسري										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٣٠	٢	٦	٠	٠	٠	٤٦	٠	١٥	٩٩
المنزل	٠	١	١٥	٠	٠	٤	٠	١	٢٦	٤٧
المجموع	٣٠	٣	٢١	٠	٠	٤	٤٦	١	٤١	١٤٦

خدمات الدمج المجتمعي: مثل الدمج الأكاديمي (الروضات، المدارس)، والمهني (أماكن العمل أو التدريب).										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
الأكاديمي	٢	٦	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٦	١٧
المهني	١	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٥
المجموع	٣	٩	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٧	٢٢

الخدمات التأهيلية المجتمعية: مثل المحاضرات التوعوية، الكشف والتدخل المبكر، التحويل، برنامج الوقاية، الأنشطة المختلفة.										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	١٩	٢٥	٦٥	٢	١	٠	١	٣٠	٢٠	١٦٣
المجتمع	١٦٠	٥٨	٨٠	٠	٠	١٥	١٠	٠	١٠	٣٣٣
المجموع	١٧٩	٨٣	١٤٥	٢	١	١٥	١١	٣٠	٣٠	٤٩٦

نوع خدمة	الإعاقة مكانها	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
ت.خ	المركز	١٥	٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٧	٢٤
محدد	المركز	٣٠	٢	٦	٠	٠	٠	٤٦	٠	١٥	٩٩
تأهيل	المركز	١٩	٢٥	٦٥	٢	١	٠	١	٣٠	٢٠	١٦٣
المجموع		٦٤	٢٩	٧١	٢	١	٠	٤٧	٣٠	٤٢	٢٨٦
محدد	المنزل	٠	١	١٥	٠	٠	٤	٠	١	٢٦	٤٧
المجموع		٠	١	١٥	٠	٠	٤	٠	١	٢٦	٤٧
دمج	مدرسة	٢	٦	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٦	١٧
المجموع		٢	٦	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٦	١٧
دمج	العمل	١	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٥
المجموع		١	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	٥
تأهيل	المجتمع	١٦٠	٥٨	٨٠	٠	٠	١٥	١٠	٠	١٠	٣٣٣
المجموع		١٦٠	٥٨	٨٠	٠	٠	١٥	١٠	٠	١٠	٣٣٣
المجموع النهائي		٢٢٧	٩٧	١٦٩	٢	١	١٩	٥٧	٣١	٨٥	٦٨٨

توزيع الأفراد المنتفعين على خدمات مركز البقعة للتأهيل المجتمعي

للفصل الأول من عام ٢٠٠٨ ~ ٢٠٠٩ م

الخدمات المتخصصة النهارية المقدمة داخل المركز، مثل: صفوف الإعاقات										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المجموع	١٩	١٢	٠	٠	٠	٠	١٠	٠	١٥	٥٦

الخدمات المقدمة ضمن فترات زمنية محددة: مثل الخدمات المساندة (الطبيعي، الوظيفي، النطقي) والتأهيل الأسري										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٠	٤	٢٣	٠	٠	٨	٢٣	٠	٢٣	٨١
المنزل	٦	٠	٣٧	٢	١	٢	١	٠	٣	٥٢
المجموع	٦	٤	٦٠	٢	١	١٠	٢٤	٠	٢٦	١٣٣

خدمات الدمج المجتمعي: مثل الدمج الأكاديمي (الروضات، المدارس)، والمهني (أماكن العمل أو التدريب).										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
الأكاديمي	١	٤٣	٣١	٢	١	١	١٢	٠	٠	٩١
المهني	٢	٢٩	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٣٤
المجموع	٣	٧٢	٣٤	٢	١	١	١٢	٠	٠	١٢٥

الخدمات التأهيلية المجتمعية: مثل المحاضرات التوعوية، الكشف والتدخل المبكر، التحويل، برنامج الوقاية، الأنشطة المختلفة.										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٣٨	١١٢	٤٥	٠	٤	١٣	٥٥	١٢	١٧	٢٩٦
المجتمع	٤٥	٤٠	١٣	٠	٠	٣٤	٢٩	٣	٠	١٦٤
المجموع	٨٣	١٥٢	٥٨	٠	٤	٤٧	٨٤	١٥	١٧	٤٦٠

نوع خدمة	الإعاقة مكانها	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
ت.خ	المركز	١٩	١٢	٠	٠	٠	٠	١٠	٠	١٥	٥٦
محدد	المركز	٠	٤	٢٣	٠	٠	٨	٢٣	٠	٢٣	٨١
تأهيل	المركز	٣٨	١١٢	٤٥	٠	٤	١٣	٥٥	١٢	١٧	٢٩٦
المجموع		٥٧	١٢٨	٦٨	٠	٤	٢١	٨٨	١٢	٥٥	٤٣٣
محدد	المنزل	٦	٠	٣٧	٢	١	٢	١	٠	٣	٥٢
المجموع		٦	٠	٣٧	٢	١	٢	١	٠	٣	٥٢
دمج	مدرسة	١	٤٣	٣١	٢	١	١	١٢	٠	٠	٩١
المجموع		١	٤٣	٣١	٢	١	١	١٢	٠	٠	٩١
دمج	العمل	٢	٢٩	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٣٤
المجموع		٢	٢٩	٣	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٣٤
تأهيل	المجتمع	٤٥	٤٠	١٣	٠	٠	٣٤	٢٩	٣	٠	١٦٤
المجموع		٤٥	٤٠	١٣	٠	٠	٣٤	٢٩	٣	٠	١٦٤
المجموع النهائي		١١١	٢٤٠	١٥٢	٤	٦	٥٧	١٣٠	١٥	٥٨	٧٧٤

توزيع الأفراد المنتفعين على خدمات مركز وقاص للتأهيل المجتمعي

للفصل الأول من عام ٢٠٠٨ ~ ٢٠٠٩ م

الخدمات المتخصصة النهارية المقدمة داخل المركز، مثل: صفوف الإعاقات										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المجموع	٢٨	٤	٤	٠	١	١	٠	٠	٧	٤٥

الخدمات المقدمة ضمن فترات زمنية محددة: مثل الخدمات المساندة (الطبيعي، الوظيفي، النطقي) والتأهيل الأسري										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٦	٣	٥	٠	٠	٠	٥	٠	٠	١٩
المنزل	٣	٤	١٠	٠	٠	٠	١٠	١	٠	٢٨
المجموع	٩	٧	١٥	٠	٠	٠	١٥	١	٠	٤٧

خدمات الدمج المجتمعي: مثل الدمج الأكاديمي (الروضات، المدارس)، والمهني (أماكن العمل أو التدريب).										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
الأكاديمي	٢	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٣
المهني	٦	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٦
المجموع	٨	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٩

الخدمات التأهيلية المجتمعية: مثل المحاضرات التوعوية، الكشف والتدخل المبكر، التحويل، برنامج الوقاية، الأنشطة المختلفة.										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٣٠	١١٦	٤٢	٠	٠	٠	١٥	٠	١٧	٢٢٠
المجتمع	٥٧	٣٦	٢٥	٠	٠	٠	٠	٠	٥	١١٣
المجموع	٨٧	١٤٢	٦٧	٠	٠	٠	١٥	٠	٢٢	٣٣٣

نوع خدمة	الإعاقة مكانها	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
ت.خ	المركز	٢٨	٤	٤	٠	١	١	٠	٠	٧	٤٥
محدد	المركز	٦	٣	٥	٠	٠	٠	٥	٠	٠	١٩
تأهيل	المركز	٣٠	١١٦	٤٢	٠	٠	٠	١٥	٠	١٧	٢٢٠
المجموع		٦٤	١٢٣	٥١	٠	١	١	٢٠	٠	٢٤	٢٨٤
محدد	المنزل	٣	٤	١٠	٠	٠	٠	١٠	١	٠	٢٨
المجموع		٣	٤	١٠	٠	٠	٠	١٠	١	٠	٢٨
دمج	مدرسة	٢	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٣
المجموع		٢	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٣
دمج	العمل	٦	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٦
المجموع		٦	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٦
تأهيل	المجتمع	٥٧	٣٦	٢٥	٠	٠	٠	٠	٠	٥	١١٣
المجموع		٥٧	٣٦	٢٥	٠	٠	٠	٠	٠	٥	١١٣
المجموع النهائي		١٣٢	١٥٤	٨٦	٠	١	١	٣٠	١	٢٩	٤٣٤

توزيع الأفراد المنتفعين على خدمات مركز الطالبية للتأهيل المجتمعي

للفصل الأول من عام ٢٠٠٨ ~ ٢٠٠٩ م

الخدمات المتخصصة النهارية المقدمة داخل المركز، مثل: صفوف الإعاقات										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المجموع	١٣	٩	١	١	١	٠	١	٠	٣	٢٩

الخدمات المقدمة ضمن فترات زمنية محددة: مثل الخدمات المساندة (الطبيعي، الوظيفي، النطقي) والتأهيل الأسري										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٠	٢	٣٧	١	١	٦	١١	٠	٤	٦٢
المنزل	٢	٠	١٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	١٣
المجموع	٢	٢	٤٧	١	١	٦	١١	٠	5	٧٥

خدمات الدمج المجتمعي: مثل الدمج الأكاديمي (الروضات، المدارس)، والمهني (أماكن العمل أو التدريب).										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
الأكاديمي	٣	١٨	٢٢	١	٠	١	٩	٠	٠	٥٤
المهني	٤	٩	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١٤
المجموع	٧	٢٧	٢٣	١	٠	١	٩	٠	٠	٦٨

الخدمات التأهيلية المجتمعية: مثل المحاضرات التوعوية، الكشف والتدخل المبكر، التحويل، برنامج الوقاية، الأنشطة المختلفة.										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	١٣	٩٣	٣٣	٠	٠	٦	١٧	5	٠	١٦٧
المجتمع	٨٧	١٥٨	٢٨	١	١	٩١	٤٠	٠	٠	٤٠٦
المجموع	١٠٠	٢٥٣	٦١	١	١	٩٧	٥٧	5	٠	٥٧٣

نوع خدمة	الإعاقة مكانها	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
ت.خ	المركز	١٣	٩	١	١	١	٠	١	٠	٣	٢٩
محدد	المركز	٠	٢	٣٧	١	١	٦	١١	٠	٤	٦٢
تأهيل	المركز	١٣	٩٣	٣٣	٠	٠	٦	١٧	5	٠	١٦٧
المجموع		٢٦	١٠٤	٧١	٢	٢	١٢	٢٩	5	٧	٢٥٨
محدد	المنزل	٢	٠	١٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	١٣
المجموع		٢	٠	١٠	٠	٠	٠	٠	٠	١	١٣
دمج	مدرسة	٣	١٨	٢٢	١	٠	١	٩	٠	٠	٥٤
المجموع		٣	١٨	٢٢	١	٠	١	٩	٠	٠	٥٤
دمج	العمل	٤	٩	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١٤
المجموع		٤	٩	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١٤
تأهيل	المجتمع	٨٧	١٥٨	٢٨	١	١	٩١	٤٠	٠	٠	٤٠٦
المجموع		٨٧	١٥٨	٢٨	١	١	٩١	٤٠	٠	٠	٤٠٦
المجموع النهائي		١٢٢	٢٨٩	١٣٢	٤	٣	١٠٤	٧٨	5	٨	٧٤٥

توزيع الأفراد المنتفعين على خدمات مركز ماركا للتأهيل المجتمعي

للفصل الأول من عام ٢٠٠٨ ~ ٢٠٠٩ م

الخدمات المتخصصة النهارية المقدمة داخل المركز، مثل: صفوف الإعاقات										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المجموع	١٤	٢	٤	٠	٠	٠	١٢	٠	٠	٣٢

الخدمات المقدمة ضمن فترات زمنية محددة: مثل الخدمات المساندة (الطبيعي، الوظيفي، النطقي) والتأهيل الأسري										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	١	٥	٤٣	٠	٠	٠	١٤	١	٠	٦٤
المنزل	٢	٠	٨	٢	٠	٠	٠	٠	٠	١٢
المجموع	٣	٥	٥١	٢	٠	٠	١٤	١	٠	٧٦

خدمات الدمج المجتمعي: مثل الدمج الأكاديمي (الروضات، المدارس)، والمهني (أماكن العمل أو التدريب).										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
الأكاديمي	٢	٥٠	١٣	٠	٠	٠	٣	٠	١	٦٩
المهني	٦	٤	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١٠
المجموع	٨	٥٤	١٣	٠	٠	٠	٣	٠	١	٧٩

الخدمات التأهيلية المجتمعية: مثل المحاضرات التوعوية، الكشف والتدخل المبكر، التحويل، برنامج الوقاية، الأنشطة المختلفة.										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٣٢	٢٧	٢٣	١	٠	٧	١٩	٨	٩	١٢٦
المجتمع	٤٥	٢٩	٧	٦	٠	٢	١٣	٠	٥	١٠٧
المجموع	٧٧	٥٦	٣٠	٧	٠	٩	٣٢	٨	١٤	٢٣٣

نوع خدمة	الإعاقة مكانها	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
ت.خ	المركز	١٤	٢	٤	٠	٠	٠	١٢	٠	٠	٣٢
محدد	المركز	١	٥	٤٣	٠	٠	٠	١٤	١	٠	٦٤
تأهيل	المركز	٣٢	٢٧	٢٣	١	٠	٧	١٩	٨	٩	١٢٦
المجموع		٤٧	٣٤	٧٠	١	٠	٧	٤٥	٩	٩	٢٢٢
محدد	المنزل	٢	٠	٨	٢	٠	٠	٠	٠	٠	١٢
المجموع		٢	٠	٨	٢	٠	٠	٠	٠	٠	١٢
دمج	مدرسة	٢	٥٠	١٣	٠	٠	٠	٣	٠	١	٦٩
المجموع		٢	٥٠	١٣	٠	٠	٠	٣	٠	١	٦٩
دمج	العمل	٦	٤	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١٠
المجموع		٦	٤	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١٠
تأهيل	المجتمع	٤٥	٢٩	٧	٦	٠	٢	١٣	٠	٥	١٠٧
المجموع		٤٥	٢٩	٧	٦	٠	٢	١٣	٠	٥	١٠٧
المجموع النهائي		١٠٢	١١٧	٩٨	٩	٠	٩	٦١	٩	١٥	٤٢٠

توزيع الأفراد المنتفعين على خدمات مركز إربد للتأهيل المجتمعي للفصل الأول من عام ٢٠٠٨ ~ ٢٠٠٩ م

الخدمات المتخصصة النهارية المقدمة داخل المركز، مثل: صفوف الإعاقات										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المجموع	١٠	١٥	١٣	١	٤	٩	١٥	٠	١	٦٨

الخدمات المقدمة ضمن فترات زمنية محددة: مثل الخدمات المساندة (الطبيعي، الوظيفي، النطقي) والتأهيل الأسري										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٧	١٥	٢٦	٠	٠	٥	٢٥	٠	٢	٨٠
المنزل	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
المجموع	٧	١٥	٢٦	٠	٠	٥	٢٥	٠	٢	٨٠

خدمات الدمج المجتمعي: مثل الدمج الأكاديمي (الروضات، المدارس)، والمهني (أماكن العمل أو التدريب).										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
الأكاديمي	٤	٤٥	٥٣	٠	٠	٩	٥	٠	٠	١١٦
المهني	١٠	٥	٠	٠	٠	٢	٠	٠	٠	١٧
المجموع	١٤	٥٠	٥٣	٠	٠	١١	٥	٠	٠	١٣٣

الخدمات التأهيلية المجتمعية: مثل المحاضرات التوعوية، الكشف والتدخل المبكر، التحويل، برنامج الوقاية، الأنشطة المختلفة.										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٥٦	٥٠	٣٥	٠	٣	٦	٣	٢	١	١٥٦
المجتمع	٩٦	٧٠	٤٠	٠	٠	٢٥	١٠	٠	٠	٢٤١
المجموع	١٥٢	١٢٠	٧٥	٠	٣	٣١	١٣	٢	١	٣٩٧

نوع خدمة	الإعاقة مكانها	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
ت.خ	المركز	١٠	١٥	١٣	١	٤	٩	١٥	٠	١	٦٨
محدد	المركز	٧	١٥	٢٦	٠	٠	٥	٢٥	٠	٢	٨٠
تأهيل	المركز	٥٦	٥٠	٣٥	٠	٣	٦	٣	٢	١	١٥٦
المجموع		٧٣	٨٠	٧٤	١	٧	٢٠	٤٣	٢	٤	٣٠٤
محدد	المنزل	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
المجموع		٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
دمج	مدرسة	٤	٤٥	٥٣	٠	٠	٩	٥	٠	٠	١١٦
المجموع		٤	٤٥	٥٣	٠	٠	٩	٥	٠	٠	١١٦
دمج	العمل	١٠	٥	٠	٠	٠	٢	٠	٠	٠	١٧
المجموع		١٠	٥	٠	٠	٠	٢	٠	٠	٠	١٧
تأهيل	المجتمع	٩٦	٧٠	٤٠	٠	٠	٢٥	١٠	٠	٠	٢٤١
المجموع		٩٦	٧٠	٤٠	٠	٠	٢٥	١٠	٠	٠	٢٤١
المجموع النهائي		١٨٣	٢٠٠	١٦٧	١	٧	٥٦	٥٨	٢	٤	٦٧٨

توزيع الأفراد المنتفعين على خدمات مركز الوحدات للتأهيل المجتمعي للفصل الأول من عام ٢٠٠٨ ~ ٢٠٠٩ م

الخدمات المتخصصة النهارية المقدمة داخل المركز، مثل: صفوف إعاقات الأقسام في المركز										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المجموع	٢٧	٧	٣	٠	٢	٧	٠	٠	٦	٥٢

الخدمات المقدمة ضمن فترات زمنية محددة: مثل الخدمات المساندة (الطبيعي، الوظيفي، النطقي) والتأهيل الأسري										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٦	٣	٤١	٠	١	١٨	١٦	٠	٢	٨٧
المنزل	٢	٠	٦	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٨
المجموع	٨	٣	٤٧	٠	١	١٨	١٦	٠	٢	٩٥

خدمات الدمج المجتمعي: مثل الدمج الأكاديمي (الروضات، المدارس)، والمهني (أماكن العمل أو التدريب).										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
الأكاديمي	٤	٧	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١١
المهني	٠	١٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١٢
المجموع	٤	١٩	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٢٣

الخدمات التأهيلية المجتمعية: مثل المحاضرات التوعوية، الكشف والتدخل المبكر، التحويل، برنامج الوقاية، الأنشطة المختلفة.										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٥٤	٣٣	٤٣	١	٥	٣٩	٢٧	٦	١٢	٢٢٠
المجتمع	٦٣	٢٥	٢٢	٠	٢	٤٧	٩	١٨	١	١٨٧
المجموع	١١٧	٥٨	٦٥	١	٧	٨٦	٣٦	٢٤	١٣	٤٠٧

نوع خدمة	الإعاقة مكانها	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
ت.خ	المركز	٢٧	٧	٣	٠	٢	٧	٠	٠	٦	٥٢
محدد	المركز	٦	٣	٤١	٠	١	١٨	١٦	٠	٢	٨٧
تأهيل	المركز	٥٤	٣٣	٤٣	١	٥	٣٩	٢٧	٦	١٢	٢٢٠
المجموع		٨٧	٤٣	٨٧	١	٨	٦٤	٤٣	٦	٢٠	٣٥٩
محدد	المنزل	٢	٠	٦	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٨
المجموع		٢	٠	٦	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٨
دمج	مدرسة	٤	٧	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١١
المجموع		٤	٧	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١١
دمج	العمل	٠	١٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١٢
المجموع		٠	١٢	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١٢
تأهيل	المجتمع	٦٣	٢٥	٢٢	٠	٢	٤٧	٩	١٨	١	١٨٧
المجموع		٦٣	٢٥	٢٢	٠	٢	٤٧	٩	١٨	١	١٨٧
المجموع النهائي		١٥٦	٨٧	١١٥	١	١٠	١١١	٥٢	٢٤	٢١	٥٧٧

توزيع الأفراد المنتفعين على خدمات مركز الزرقاء للتأهيل المجتمعي

للفصل الأول من عام ٢٠٠٨ ~ ٢٠٠٩ م

الخدمات المتخصصة النهارية المقدمة داخل المركز، مثل: صفوف الإعاقات										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المجموع	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠

الخدمات المقدمة ضمن فترات زمنية محددة: مثل الخدمات المساندة (الطبيعي، الوظيفي، النطقي) والتأهيل الأسري										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٤	١	٤	٠	٠	٤	٤	١	٢	٢٠
المنزل	٨	٤	٢٤	٤	٠	٣	٦	٥	٨	٦٢
المجموع	١٢	٥	٢٨	٤	٠	٧	١٠	٦	١٠	٨٢

خدمات الدمج المجتمعي: مثل الدمج الأكاديمي (الروضات، المدارس)، والمهني (أماكن العمل أو التدريب).										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
الأكاديمي	٣	٠	١	٠	٠	٣	٠	٠	٠	٧
المهني	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١
المجموع	٤	٠	١	٠	٠	٣	٠	٠	٠	٨

الخدمات التأهيلية المجتمعية: مثل المحاضرات التوعوية، الكشف والتدخل المبكر، التحويل، برنامج الوقاية، الأنشطة المختلفة.										
الإعاقة	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
المركز	٣٧	٢٣	١٩	١	٢	١٧	١٣	٢	٢	١١٦
المجتمع	١١	٣	٢٢	٠	١	١٦	٩	٠	٠	٦٢
المجموع	٤٨	٢٦	٤١	١	٣	٣٣	٢٢	٢	٢	١٧٨

نوع خدمة	الإعاقة مكانها	العقلية	السمعية	الحركية	البصرية	التوحد	الصعوبات	النطقي	السلوكي	المتعدد	المجموع
ت.خ	المركز	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
محدد	المركز	٤	١	٤	٠	٠	٤	٤	١	٢	٢٠
تأهيل	المركز	٣٧	٢٣	١٩	١	٢	١٧	١٣	٢	٢	١١٦
المجموع		٤١	٢٤	٢٣	١	٢	٢١	١٧	٣	٤	١٣٦
محدد	المنزل	٨	٤	٢٤	٤	٠	٣	٦	٥	٨	٦٢
المجموع		٨	٤	٢٤	٤	٠	٣	٦	٥	٨	٦٢
دمج	مدرسة	٣	٠	١	٠	٠	٣	٠	٠	٠	٧
المجموع		٣	٠	١	٠	٠	٣	٠	٠	٠	٧
دمج	العمل	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١
المجموع		١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	١
تأهيل	المجتمع	١١	٣	٢٢	٠	١	١٦	٩	٠	٠	٦٢
المجموع		١١	٣	٢٢	٠	١	١٦	٩	٠	٠	٦٢
المجموع النهائي		٦٤	٣١	٧٠	٥	٣	٤٣	٣١	٨	١٢	٢٦٨

الملحق (٦)

أداة الاستبانة الخاصة بالتحكيم

بسم الله الرحمن الرحيم

حضرة الأستاذ/ الأستاذة الدكتور.................................. الفاضل

بداية، يطيب لي أن أتقدم إليكم بالشكر على إسهامكم في تحقيق أهداف الدراسة الحالية، التي سيقوم الباحث فيها بدراسة ميدانية لرصد واقع الخدمات المقدمة للأفراد المعاقين وأسرهم في مراكز التأهيل المجتمعي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، وهي دراسة تهدف إلى معرفة احتياجات برنامج التأهيل المجتمعي في مراكز التأهيل المبني على المجتمع المحلي للأفراد ذوي الإعاقة ضمن مناطق: الطالبية، والوحدات، وماركا، والزرقاء، والبقعة، وغزة، وسوف، والحصن، وإربد، ووقاص، ومن ثم تحسين نوعية خدمات التأهيل في هذه المراكز؛ لتلبي احتياجات المنتفعين من الأفراد المعاقين وأسرهم، علما أن لمشاركتكم، التي يقدرها الباحث ويثمنها، أهمية كبرى في تحقيق الهدف الذي تسعى الدراسة إليه.

ستتناول الدراسة المحاور الستة الآتية:

المحور الأول: جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة، وهو مكون من (٣٩) فقرة.

المحور الثاني: استخدام التكنولوجيا / الأجهزة التأهيلية / الخدمات المساندة، وهو مكون من (١١) فقرة.

المحور الثالث: درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها، وهو مكون من (٣٣) فقرة.

المحور الرابع: كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة، وهو مكون من (٢٩) فقرة.

المحور الخامس: وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة، وهو مكون من (٢٢) فقرة.

المحور السادس: وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة، وهو مكون من (١٦) فقرة.

راجياً أن يتم تحكيم هذه الدراسة من حيث الأمور الآتية:

١- ملاءمة محاور الأداة لموضوع الدراسة.

٢- ارتباط فقرات الأداة بمحاور الدراسة.

٣- سلامة الصياغة النحوية والإملائية.

أرجو وضع إشارة (X) في المكان المخصص تبعًا لاختياركم.

أرجو الانتباه حال ورود الكلمات الآتية في الفقرات:

- " الأفراد المنتفعون": لهما مدلول الأفراد ذوي الإعاقة، أو أسرهم، أو المجتمع المحلي، أو بعضهما.
- " القيادة المحلية ": لهما مدلول اللجنة المحلية، وإدارة المركز.
- " الكوادر المتطوعة ": لهما مدلول الأخصائيين، والمتطوعين.

استبانة التحكيم

المحور الأول: جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة:

هي مجموعة السمات الموجودة في إجراءات المركز وعملياته التي تؤهله لتقديم أفضل خدمات ممكنه للأفراد المنتفعين منه.

وتعرف إجرائيا بأنها العلامة التي يحرزها أفراد العينة (الكوادر المتطوعة في المركز، وأسر الأفراد المنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (١) إلى الفقرة (٣٩).

الرقم	المحور الأول وفقراته	ملاءمة الفقرة للمحور		سلامة الصياغة اللغوية		التعديل المقترح
		ملاءمة	غير ملاءمة	ملاءمة	غير سليمة	
	جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة					
١.	تُقدم الخدمات على نحوٍ شمولي وتكاملي للمنتفعين.					
٢.	تلبي الخدمات المقدمة من المركز احتياجات المجتمع المحلي.					
٣.	نوعية/ جودة الخدمات المقدمة في المركز، مقارنة مع غيرها من المؤسسات التي تقدم الخدمات نفسها، أفضل.					
٤.	يتضمن منهاج الحالات المنتفعين من خدمات المركز أهدافاً متسلسلة حسب درجة التعقيد (من الأسهل إلى الأصعب).					
٥.	يتصف منهاج الحالات بالمرونة، بحيث يلبي حاجات الحالات المنتفعين من خدمات المركز.					
٦.	يتضمن المنهاج أهدافاً من مجالات شاملة (الاجتماعية، التواصلية، التربوية، السلوكية، الاستقلالية، المهنية، المعرفية، الحركية، الحسية).					
٧.	يتم تقييم احتياجات المنتفعين من الخدمات من خلال عملية تقييم محددة وموثقة كأداة قياس مستوى الأداء الحالي.					
٨.	في ما يتعلق بسبب مراجعة المركز، يتم التقييم وإعادة التقويم أو التحويل وفقاً لنظام محدد داخل المركز وخارجه.					
٩.	ترتّب الحالات في المركز حسب الأولوية، في ما يتعلق بتقديم الخدمات.					
١٠.	تتلقى خدمات النصح والإرشاد من قبل الكادر الوظيفي المختص للمركز.					
١١.	يوجد تشبيك بين المركز ومؤسسات المجتمع المحلي أو المؤسسات الداعمة.					
١٢.	تتوفر خدمات متخصصة بصورة نهارية داخل المركز من قبل حزمة الخدمات الأساسية.					
١٣.	تتوافر خدمات مساندة ضمن برنامج محدد من قبل حزمة الخدمات الأساسية.					
١٤.	تتوافر خدمات التأهيل الأسري داخل المنازل من قبل حزمة الخدمات الأساسية.					
١٥.	تتوافر خدمات الدمج الأكاديمي داخل المؤسسات التربوية من					

	قبل حزمة الخدمات الأساسية.					
.١٦	تتوافر خدمات الدمج المهني داخل أماكن العمل من قبل حزمة الخدمات الأساسية.					
.١٧	تتوافر خدمات مجتمعية ضمن المجتمع المحلي من قبل حزمة الخدمات الأساسية.					
.١٨	الإجراءات المتوافرة المطلوبة من قبل حزمة الخدمات الأساسية تتناسب مع حجم المركز ومدى الخدمات المقدمة فيه.					
.١٩	يقوم المركز بترتيبات رسمية أو غير رسمية مع مؤسسات الصحة العامة ومؤسسات الخدمات التثقيفية والاجتماعية (التشبيك).					
.٢٠	هناك سياسة وإجراءات خاصة تتعلق بالتحويل أو النقل من المركز إلى المستشفى أو إلى المركز الصحي الأولي.					
.٢١	يوجد في المركز مواصلات لتأمين الحالات ذهابا وايابا.					
.٢٢	تقدم خدمات إعارة، وتوفير أجهزة مساعدة للحالات.					

المحور الثاني: استخدام التكنولوجيا / الأجهزة التأهيلية / الخدمات المساندة

هي مجموعة الوسائل والطرائق والأدوات التي تقود إلى تحقيق غرض الدراسة أو هدفها "رصد لواقع الحال في المركز"؛ تسهيلاً لمهام الأفراد المنتفعين من المركز.

وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (الكوادر المتطوعة في المركز، وأسر الأفراد المنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (٤٠) إلى الفقرة (٥٠).

القم	المحور الثاني وفقراته	ملاءمة الفقرة للمحور		سلامة الصياغة اللغوية		التعديل المقترح
		ملاءمة	غير سليمة	ملاءمة	غير سليمة	
	استخدام التكنولوجيا / الأجهزة التأهيليّة / الخدمات المساندة					
.١	استخدام المنتفعين للوسائل التعليمية المتوافرة في المركز كافٍ.					
.٢	تتوافر الأجهزة اللازمة لتقديم الخدمات للإعاقات كافة.					
.٣	يقدم المركز الأجهزة التعويضية للمنتفعين أو يسهم في دفع ثمنها.					
.٤	هناك أدوات تكنولوجية مستخدمات في المركز، من مثل ...					
.٥	الأدوات/ الأجهزة المتوفرة في المركز، التي تساعدك على أداء عملك، كافية.					
.٦	الأجهزة المستخدمات في المركز متطورة مقارنة مع غيرها من المؤسسات.					
.٧	عدد الأجهزة والأدوات المستخدمات في الخدمات مناسب لعدد الحالات المخدومة.					

.٨	الأجهزة والأدوات المستخدمات في الخدمات ذات مواصـفات عالية.					
.٩	أمكانية استخدام الأجهزة والأدوات في المركز بسهولة.					
.١٠	تتوافر أجهزة وأدوات في أقسام المركز كافة تلبـي حـالات القسم.					
.١١	توجد أماكن مخصصة ومناسبة للأجهزة والأدوات.					
.١٢	الأجهزة الموجودة في المركز شاملة للحالات كافة المخدومـة في المركز.					
.١٣	تتوافر أدوات ومواد تستخدم في علاج مشكلات النطق واللغة للحالات المخدومة.					
.١٤	تتوافر أدوات ومواد تستخدم في العلاجات الطبيعية للحـالات المخدومة.					
.١٥	تتوافر أدوات ومواد تستخدم في العلاجات الوظيفية للحـالات المخدومة.					
.١٦	تتوافر أدوات ومواد تستخدم فـي فحـص الـسمع للحـالات المخدومة.					
.١٧	يتوافر على الأقل كرسي متحرك واحد للخدمات الفورية.					

المحور الثالث: درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها

هي جملة الكفايات الفنية (التقنية) التي يتمتع فيها القائمون على خدمات المركز، وتؤهلهم للعمل بها من أجل القيام بمهماتهم على أفضل نحو.

وتعرَّف إجرائيًا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (الكوادر المتطوّعة في المركز، وأسر الأفراد المنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (٥١) إلى الفقرة (٨٣).

الرقم	المحور الثالث وفقراته	ملاءمة الفقرة للمحور		سلامة الصياغة اللغوية		التعديل المقترح
		ملاءمة	غير ملائمة	سليمة	غير سليمة	
	درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها					
.١	يعقد الكـادر الإداري للمركـز دورات تدريبيـة لفئتـك الوظيفية.					
.٢	يقوم الكادر الإداري للمركـز بالتنـسيق معكـم لتحديـد احتياجاتكم للدورات التدريبية.					
.٣	الدورات التي تعقد في المركز هادفة وضرورية ومفيـدة لكم.					
.٤	يمارس التخطيط الفردي لكل حالة فـي مجـال خـدمتك للحالات.					

٥.	أشارك في تخطيط الخدمات مع فريق متعدد التخصصات.					
٦.	أتعاون مع أعضاء فريق الخدمات.					
٧.	أنظّم مشاركات فعالة لأولياء الأمور.					
٨.	أنّسق عمل أخصائيي الخدمات التأهيلية.					
٩.	أتابع خطط أخصائيي الخدمات التأهيلية.					
١٠.	يعد خطة خدمات أسرية فردية (IFSP) وأتابعها.					
١١.	أهتم بتحديد مستوى الأداء الحالي بدقة لكل حالة من الذين أتابعهم.					
١٢.	أتمتع بتأهيل عملي مناسب لطبيعة مهنتي.					
١٣.	ينسق المركز مع مراكز الكشف المبكر للحصول على تقييم للحالات في أبكر وقت ممكن قبل إحالتهم.					
١٥.	يقوم المركز بتوفير المعلومات للحالات أو عائلاتهم الذين هم بحاجة لمثل هذه المعلومات.					
١٦.	يوجد في المركز برنامج تثقيف ووقاية مفعل لحالات المركز وأسرهم.					
١٧.	الفترة الزمنية للبرنامج كافية.					
١٨.	تستخدم الملاحظة أو المقابلة في تقييم الحالات عند قياس مستوى أداء الحالة.					
١٩.	هناك برنامج في المركز مستمر لتدريب جميع الموظفين خلال فترة الخدمات في المركز.					
٢٠.	عدد النتفعين من خدمات المركز يتناسب مع عدد الأخصائيين.					
٢١.	عدد النتفعين يتناسب مع عدد المتطوعات.					
٢٢.	تتم إعادة تقييم الكادر العامل في المركز بشكل دورى كما هو منصوص عليه في القوانين والأنظمة أو وفق تعليمات المركز					
٢٣.	يضمن المركز وجود كادر مؤهل فني.					
٢٤.	يجري التقييم للحالات في غرفة خاصة بذلك.					
٢٥.	يعد الكادر العامل في المركز لكل حالة تقييم مستوى الأداء الحالي قبل إعداد الخطة التربوية الفردية لكل الحالات.					
٢٦.	تتوافر معلومات أولية في نماذج خاصة (دراسة الحالة) عن كل منتفع من خدمات المركز.					
٢٧.	يعد الكادر العامل في المركز تقريراً دورياً عن مستوى أداء الطفل الحالي أثناء تقديم البرنامج.					
٢٨.	يدون لكل حالة في خطتها الفردية أهدافاً طويلة وقصيرة وتحليلية لفترة زمنية.					

					يرفق مع كل خطة فردية للحـالات المخدومـة برنـامج للخدمات المساندة (العلاج الطبيعي أو العلاج الوظيفي أو التدريبات النطقية).	٢٩.
					يتم تدريس وتدريب أو تأهيل الحالات بناء على قدرات أو حاجات الحالات الفردية وفق مقيـاس رسـمي أو شـبة رسمي.	٣٠.
					يأخذ بعين الاعتبار القدرات (عمـره العقلـي) والميـول والاستعدادات قبل إعداد الخطة الفردية متماشياً مع عمـره الزمني.	٣١.
					يأخذ بعين الاعتبار تثبيت التعلم للحالة ونقل أثر التعليم.	٣٢.

المحور الرابع: كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة

هي جملة الكفايات الإدارية أو الفنية أو كليهما التي يتمتع بها القائمون على خدمة المركز من قيـادة محليـة وكوادر متطوعة؛ لتسير مهمة المركز.

وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (الكوادر المتطوعة فـي المركـز، وأسـر الأفـراد المنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (٨٤) إلى الفقرة (١١٢).

التعديل المقترح	سلامة الصياغة اللغوية		ملاءمة الفقرة للمحور		المحور الرابع وفقراته	الرقم
	غير سليمة	سليمة	غير ملاءمة	ملاءمة		
					كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة	
					تهتم القيادة المحليـة (الإدارة واللجنـة) بتحقيـق جـودة الخدمات.	١.
					تقدم القيادة المحلية (الإدارة واللجنة) تسهيلات ومتطلبات العمل اللازمة.	٢.
					تهتم القيادة المحلية (الإدارة واللجنة) بمـصالح المنتفعـين وتجعلها من أولوياتهم.	٣.
					تسهم القيادة المحلية (الإدارة واللجنة) في إيجـاد الحلـول للمشكلات التي تواجه المنتفعين.	٤.
					تعمل القيادة العليا على تحسين إجراءات العمـل لتـسهيله على المنتفعين.	٥.
					الكادر العامل في المركز كافي لتقديم خدماته للمنتفعين.	٦.
					يوجد في المركز كادر وظيفي شمولي كافٍ لتقديم الخدمات كافة.	٧.
					المتطوعون حاصلون على تـدريب ويمتلكـون مهـارات وخبرة كافية للعمل الفني.	٨.
					يوجد في المركز أخصائيون مؤهلون للأشراف على العمل الفني.	٩.
					يتلقى جميع العاملين بمن فيهم الفنيون التدريب والخبرة كما هو مطلوب في القوانين والأنظمة.	١٠.

.١١	يقوم العاملون في كل اختصاص بتحديد مجال عمليات التقييم ومحتواها.					
.١٢	يوجد شخص مؤهل فنياً وإدارياً يشرف على إدارة المركز بشكل يومي.					
.١٣	يوجد في المركز طبيب يتابع الوضع الصحي للحالات بصورة دورية أو بأوقات معينة.					
.١٥	يوجد في المركز ممرض/ أو ممرضة تعمل مع الطبيب لمتابعة الوضع الصحي.					
.١٦	يوجد في المركز أخصائي اجتماعي يتابع حالات المركز بصورة دورية.					
.١٧	يوجد في المركز أخصائي نفسي يتابع الحالات بصورة دورية.					
.١٨	يوجد في المركز أخصائي علاج طبيعي مؤهل.					
.١٩	يوجد في المركز أخصائي علاج وظيفي مؤهل.					
.٢٠	يوجد في المركز أخصائي اضطرابات نطق ولغة مؤهل.					
.٢١	حرص الكوادر على تطوير قدراتها ومهاراتها الذاتية.					
.٢٢	تعاون هذه الكوادر مع الإدارة ومع الزملاء في المركز.					
.٢٣	الكوادر العاملة في المركز لديها القدرة على استخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة.					
.٢٤	يوجد في المركز معلم تربية فنية خاصة مؤهل.					
.٢٥	يوجد في المركز أخصائي خدمات انتقالية.					
.٢٦	الأخصائيون الذين يعملون في المركز ذوو خبرات عملية وعلمية عالية.					
.٢٧	يوجد في المركز متطوعات مؤهلات أكاديمياً.					
.٢٨	يوجد في المركز متطوعات مؤهلات فنياً.					
.٢٩	يوجد في المركز أخصائي مهني مؤهل.					
.٣٠	الأخصائيون الذين يعملون في المركز ذوو خبرات عملية عالية.					
.٣١	عدد الأخصائيين في المركز مناسب لعدد الأفراد المخدومين.					

المحور الخامس: وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة

هي البنية التحتية المتوافرة في المركز أو المتاحة له، والمستند عليها تقديم الخدمات التأهيلية للأفراد المنتفعين من المركز.

وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (الكوادر المتطوعة في المركز، وأسر الأفراد المنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (١١٣) إلى الفقرة (١٣٤).

الرقم	المحور الخامس وفقراته	ملاءمة الفقرة للمحور		سلامة الصياغة اللغوية		التعديل المقترح
		ملاءمة	غير ملاءمة	سليمة	غير سليمة	
	وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة					
١.	يحرص المركز على تنظيم البيئة الصفية من حيث المساحة والإضاءة وعدد المنتفعين.					
٢.	هناك إمكانات وتجهيزات كافية.					
٣.	هناك تصميم بنائي ملائم للمنتفعين من خدمات المركز للإعاقات كافة.					
٤.	حجم العمل المقدم للمنتفعين ولأسرهم ملائم للتجهيزات الموجودة في المركز.					
٥.	موقع المركز سهل الوصول إليه.					
٦.	التهوية والإنارة في غرف الأقسام الموجودة في المركز جيدة ومناسبة.					
٧.	يتوافر تكيف وتدفئة تلبي حاجات المركز ومرافقه.					
٨.	الغرف داخل الأقسام ذات إتساع كافي ومقبول لوجود الحالات.					
٩.	المقاعد الموجودة داخل صفوف وغرف الأقسام تكفي للعدد المنتفعين.					
١٠.	في كل غرفة صفية داخل القسم يوجد خزانة ورفوف تلبي الطلاب.					
١١.	توفر المياه في مغاسل دورات المياه والمراحيض في جميع الأوقات.					
١٢.	المراحيض صالحة للاستخدام وآمنة للحالات.					
١٣.	يتبع المركز نظام السلامة العامة والأمن.					
١٥.	المقاعد الموجودة داخل الصفوف تلائم حالات المنتفعين.					
١٦.	مدى ملائمة المكان المخصص لتلقى التدريب أو العلاج المناسب من مثل (القاعة – صالات وملاعب.. الخ).					
١٧.	يتوفر مساحة تعليمية مناسبة للتعلم والتدريب للحالات.					

.١٨	يتم تكييف البيئة التعليمية المادية في المركز لتلائم حاجات الحالات المخدومة.					
.١٩	يتوافر في المركز العاب في الساحات الخارجية والدخلية.					
.٢٠	يتوافر في المركز وسـائل تعليميـة وأدوات ومـستلزمات للتعلم.					
.٢١	يتوافر في المركز الأدوات التي تيسر العمـل (كمبيـوتر، آلات التصوير ...... الخ).					
.٢٢	غرف الإعاقة السمعية ذات عزل وتهيئة لذلك.					
.٢٣	يوجد نظام إطفاء ومطافئ حريق في المركز.					
.٢٤	يتبع المركز كودة البناء المعمـول بهـا ضـمن المعـايير المعمول بها.					
.٢٥	مكان المركز سهل الوصول له.					
.٢٦	تتوافر غرف استقبال للأسر أو الزوار.					
.٢٧	يوجد قاعة مستقلة خاصة بتقييم الحالات من داخل المركز وخارجه.					
.٢٨	يوجد قاعة مستقلة خاصة بالعلاج الطبيعي.					
.٢٩	يوجد قاعة مستقلة خاصة بالعلاج الوظيفي.					
.٣٠	يوجد قاعة مستقلة خاصة بالعلاج النطقي واللغوي.					
.٣١	يوجد قاعة مستقلة خاصة بفحص السمع.					
.٣٢	يوجد قاعة مستقلة خاصة بالتدريب الفردي.					
.٣٣	يوجد قاعة مستقلة خاصة بالطبيب أو الممرضة.					
.٣٤	يوجد قاعة مستقلة خاصة بالباحث الاجتماعي.					
.٣٥	يوجد قاعة مستقلة خاصة بالإرشاد النفسي.					
.٣٦	يوجد قاعة مستقلة خاصة باجتماع فريق المركز العامل.					
.٣٧	القاعات والغرف الموجود في المركز ذات مداخل ومخارج مناسبة للحالات.					
.٣٨	يتوافر في المركز حافلة لنقل المنتفعين من وإلـى البيـت للمركز.					
.٣٩	شروط السلامة العامة متوافرة في المبنى ومرافقه.					

المحور السادس: وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة

هي وسائل الاتصال والتواصل في المركز بين القيادة المحلية والكوادر المتطوعة مع الإفراد المنتفعين من خدماته. وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (الكوادر المتطوعة في المركز، وأسر الأفراد المنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (١٣٥) إلى الفقرة (١٥٠).

الرقم	المحور السادس وفقراته	ملاءمة الفقرة للمحور		سلامة الصياغة اللغوية		التعديل المقترح
		ملاءمة	غير ملاءمة	سليمة	غير سليمة	
	وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة					
١.	تستمع الإدارة واللجنة التنظيمية للمركز لمشاكلكم الخاصة.					
٢.	تهتم الإدارة واللجنة التنظيمية للمركز بالمشاكل الوظيفية أو الفنية.					
٣.	يوجد حوافز ومكافئات تحصلون عليها من جراء العمل في المركز.					
٤.	العلاقة المهنية بين العاملين بالمركز ترتقي للمستوى المطلوب.					
٥.	تتساعد الإدارة مع المتطوعات في إنجاز خطة العمل.					
٦.	يسهم الأخصائيون بتطوير المتطوعات فنياً.					
٧.	تنشأ علاقة ودية بين العاملين وأسر الحالات.					
٨.	تتواصل الإدارة والعاملات مع المناسبات الخاصة بالحالات وأسرهم.					
٩.	يحترم الكادر العامل بالمركز خصوصية المنتفعين من خدماته.					
١٠.	تتعامل المتطوعات مع المنتفعين بكل مهنية وإخلاص.					
١١.	تتعامل المتطوعات مع أسر المنتفعين بكل مهنية وإخلاص.					
١٢.	يوجد تعاون بين العاملين بالمركز وبين أسر المنتفعين من خدماته.					
١٣.	يتقبل الأخصائيون اقتراحات ورأي الأسر حول خطة أبنائهم.					
١٥.	تقدم الخدمات للأسر كافة دون تمييز أو محاباة.					
١٦.	أشعر بالراحة عند التعامل مع الحالات المنتفعة من المركز وأسرهم.					
١٧.	تأخذ الإدارة مشكلات الحالات وأسرهم بعين الاعتبار.					
١٨.	أحس بمصداقية في تعامل الإدارة مع الحالات وأسرهم.					
١٩.	يحرص المركز على إقامة علاقات طيبة مع جهات محلية ذات شأن.					

الملحق (٧)

أداة الاستبانة الخاصة بالتطبيق على الأشخاص العاملين والأفراد المنتفعين

بسم الله الرحمن الرحيم

حضرة الأخ/ الأخت الأفاضل.

بداية، يطيب لي أن أتقدم إليكم بالشكر على إسهامكم في تحقيق أهداف الدراسة الحالية، التي سيقوم الباحث فيها بدراسة ميدانية لرصد واقع الخدمات المقدمة للأفراد المعاقين وأسرهم في مراكز التأهيل المجتمعي التابعة لوكالة الغوث الدولية في الأردن، وهي دراسة تهدف إلى معرفة احتياجات برنامج التأهيل المجتمعي في مراكز التأهيل المبني على المجتمع المحلي الأفراد ذوي الإعاقة ضمن مناطق: سوف، وجرش، والحصن، والبقعة، ووقاص، والطالبية، وماركا، وإربد، والوحدات، والزرقاء، ومن ثم تحسين نوعية خدمات التأهيل في هذه المراكز؛ لتلبي احتياجات المنتفعين من الأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم، علما أن لمشاركتكم، التي يقدرها الباحث ويثمنها، أهمية كبرى في تحقيق هذا الهدف الذي تسعى الدراسة إليه.

ستتناول الدراسة المحاور الستة الآتية:

المحور الأول: جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة، وهو مكون من (٣٩) فقرة.

المحور الثاني: استخدام التكنولوجيا / الأجهزة التأهيلية / الخدمات المساندة، وهو مكون من (١١) فقرة.

المحور الثالث: درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها، وهو مكون من (٣٣) فقرة.

المحور الرابع: كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة، وهو مكون من (٢٩) فقرة.

المحور الخامس: وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة، وهو مكون من (٢٢) فقرة.

المحور السادس: وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة، **وهو مكون** من (١٦) فقرة.

لذا، أرجو وضع إشارة (X) في المكان المخصص تبعًا لاختياركم.

أرجو الانتباه حال ورود الكلمات الآتية في الفقرات:

- " الأفراد المنتفعون": لهما مدلول الأفراد ذوي الإعاقة، أو أسرهم، أو المجتمع المحلي، أو بعضهما.
- " القيادة المحلية ": لهما مدلول اللجنة المحلية، وإدارة المركز.
- " الكوادر المتطوعة ": لهما مدلول الأخصائيين، والمتطوعين.

- الشق الأول: المعلومات العامة خاصة بمعبئ الأداة: (تملأ من قِبل معبئ الاستبانة)

يرجى وضع إشارة (X) أمام الإجابة المختارة في المكان المخصص لها:

☐ **أولاً: الكوادر العاملة: (الأخصائي، أو المتطوعة)**

- مركز التأهيل المجتمعي:

١	سوف	◯	٦	الطالبية	◯
٢	جرش	◯	٧	ماركا	◯
٣	الحصن	◯	٨	إربد	◯
٤	البقعة	◯	٩	الوحدات	◯
٥	وقاص	◯	١٠	الزرقاء	◯

- المؤهل (المستوى) العلمي:

١	توجيهي فما دون	◯
٢	دبلوم متوسط	◯
٣	بكالوريوس فأكثر	◯

- سنوات الخبرة (العمل) التأهيلي:

١	أقل من سنة واحدة	◯
٢	من سنة إلى ثلاثة سنوات	◯
٣	فوق الثلاثة سنوات	◯

ثانيًا: الأفراد المنتفعين (أفراد وأسر الأفراد ذوي الإعاقة):

- مركز خدمات التأهيل:

١	سوف	٦	الطالبية
٢	جرش	٧	ماركا
٣	الحصن	٨	إربد
٤	البقعة	٩	الوحدات
٥	وقاص	١٠	الزرقاء

- **نوع إعاقة الفرد المنتفع:**

١	العقلية	٦	صعوبات تعلم
٢	سمعية	٧	الاضطراب النطقي
٣	حركية أو صحية	٨	السلوكي أو انفعالي
٤	البصرية	٩	متعدد الإعاقات
٥	التوحد		

- **نوع الخدمات المقدمة للمنتفع:**

١ خدمات متخصصة

٢ خدمات محددة بمدة زمنية

٣ خدمات دمج

٤ خدمات مجتمعية

- **مدة الإفادة من خدمات التأهيل:**

١ أقل من سنة واحدة

٢ من سنة إلى ثلاثة سنوات

٣ فوق الثلاثة سنوات

- الشق الثاني: أداة الاستبانة:

المحور الأول: جودة تقديم الخدمات والبرامج المطبقة

هي مجموعة السمات الموجودة في إجراءات المركز وعملياته التي تؤهله لتقديم أفضل خدمات ممكنه للأفراد المنتفعين منه.

وتعرف إجرائيا بأنها العلامة التي يحرزها أفراد العينة (الكوادر المتطوعة في المركز، وأسر الأفراد المنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (١) إلى الفقرة (٣٩).

الرقم	فقرات المحور الأول	أوافق بدرجة كبيرة ٤	أوافق بدرجة متوسطة ٣	أوافق ٢	لاأوافق بدرجة متوسطة ١	لاأوافق بدرجة كبيرة ٠
١.	تلبي الخدمات المقدمة احتياجات الأفراد المنتفعين كالمحاضرات التوعوية، أو الكشف المبكر، أو الوقاية من الإعاقة، وغيرها.	٤	٣	٢	١	٠
٢.	تعد نوعية/ جودة البرامج المقدمة للأفراد المنتفعين ملائمة كالبرامج التربوية أو التأهيلية.	٤	٣	٢	١	٠
٣.	يتضمن برنامج الأفراد المنتفعين أهدافًا متسلسلة ومرتبة تصاعديا (من الأسهل إلى الأصعب).	٤	٣	٢	١	٠
٤.	تقدم خدمات شمولية للأفراد المنتفعين، من حيث المجالات الآتية: (الاجتماعية، والتواصلية، والتربوية، والاستقلالية، والمهنية، والمعرفية، والحركية، والترفيهية).	٤	٣	٢	١	٠
٥.	تقيّم احتياجات الأفراد المنتفعين من الخدمات بأداة شاملة وواضحة ودقيقة، تشمل جميع مجالات الحياة اليومية.	٤	٣	٢	١	٠
٦.	يقدم المركز خدمات النصح والإرشاد من قبل أخصائي اجتماعي أو نفسي مختص للأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
٧.	يرتبط المركز بعلاقات وظيفية مع مؤسسات المجتمع المحلي (مستشفيات، ومراكز صحية، ومدارس، وأرباب عمل) والمؤسسات الداعمة.	٤	٣	٢	١	٠
٨.	توفر حزمة الخدمات الأساسية خدمات نهارية متخصصة بصورة يومية داخل المركز، مثل: (صفوف الإعاقات كلها) ضمن أنشطته المختلفة.	٤	٣	٢	١	٠

٩.	توفر حزمة الخدمات الأساسية خدمات مساندة ضمن برنامج محدد، مثل: (العلاج الطبيعي، العلاج الوظيفي، علاج مشكلات النطق واللغة).	٤	٣	٢	١	٠
١٠.	توفر حزمة الخدمات الأساسية خدمات التأهيل الأسري داخل المنازل، مثل: (الكشف المبكر، الوقاية، والتوعية، و ...).	٤	٣	٢	١	٠
١١.	توفر حزمة الخدمات الأساسية خدمات الدمج الأكاديمي داخل المؤسسات التربوية، مثل: (الرياض، المدارس، ...).	٤	٣	٢	١	٠
١٢.	توفر حزمة الخدمات الأساسية خدمات الدمج المهني داخل أماكن العمل، مثل: (المحلات، المصانع، المشاغل، ...).	٤	٣	٢	١	٠
١٣.	توفر حزمة الخدمات الأساسية خدمات مجتمعية ضمن المجتمع المحلي، مثل: (المحاضرات، الإرشاد، ...).	٤	٣	٢	١	٠
١٤.	توفر حزمة الخدمات الأساسية خدمات الإعارة، وتأمين الأجهزة المساعدة للأفراد المنتفعين، مثل: (الجبائر، الكراسي، الوسائل التعليمية، ...).	٤	٣	٢	١	٠
١٥.	يقدم المركز للأفراد المنتفعين خدمات التدريب أوالتعليم أوالتأهيل (الفردي والجمعي).	٤	٣	٢	١	٠
١٦.	يقدم المركز للأفراد المنتفعين خدمات التعديلات البيئية في المركز أوالبيت أوالعمل.	٤	٣	٢	١	٠
١٧.	يقدم المركز خدمات صحية متنوعة للأفراد المنتفعين، من أهمها التثقيف الصحي والوقاية، ومتابعة العلاجات الطبية.	٤	٣	٢	١	٠
١٨.	يقدم المركز خدمات ترفيهية ورياضية وبرامج ثقافية وفنية متنوعة للأفراد المنتفعين، مثل الفن، والموسيقى، والرحلات، والعلاج بالرقص والتربية الرياضية المعدلة.	٤	٣	٢	١	٠
١٩.	يوفر المركز خدمة المواصلات للأفراد المنتفعين ذهابا وإيابا من وإلى المركز والبيت أو إي مكان تتوافر فيه الخدمات.	٤	٣	٢	١	٠
٢٠.	يقدم المركز خدمات التحويل للأفراد المنتفعين عند الحاجة إلى خدمات غير متوافرة في المركز أو البيت.	٤	٣	٢	١	٠
٢١.	يقدم المركز خدمات تأهيل سمعي للأفراد المنتفعين، مثل تقييم سمع ومحادثة كلامية.	٤	٣	٢	١	٠

.٢٢	يقدم المركز خدمات تأهيل حركي، مثل التأهيل الرياضي المعدل.	٤	٣	٢	١	٠
.٢٣	يقدم المركز تدريبات لفظية للأفـراد المنتفعـين؛ لتفعيـل مهـاراتهم التواصلية والوظيفية في أنشطة الحياة اليومية الروتينية.	٤	٣	٢	١	٠
.٢٤	يستخدم المركز مع الأفراد المنتفعين وسائل محسوسة؛ لتمكينهم مـن تنمية أية مهارة.	٤	٣	٢	١	٠
.٢٥	يسعى المركز، في تدريب الأفراد المنتفعين إلى استقلاليتهم واعتمادهم على أنفسهم.	٤	٣	٢	١	٠
.٢٦	يقدم المركز داخله وجبات الطعام للأفراد المنتفعين، ويتم فيه الإشراف على التغذية.	٤	٣	٢	١	٠
.٢٧	يسهم المركز في الوقاية من المضاعفات والمشكلات الثانوية للأفـراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
.٢٨	يعمل المركز على تحقيق الصحة النفسية والتوافق الشخصي والمهني والأسري والاجتماعي للأفراد المنتفعين مـن خـلال تقـديم دورات وورشات العمل وغيرها.	٤	٣	٢	١	٠
.٢٩	يستجيب المركز بسرعة لملاحظـات أو آراء أواقتراحـات الأفـراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
.٣٠	يحتفظ المركز بنظام معلومات دقيق وكافٍ حول الأفـراد المنتفعـين، مثل دراسة الحالة والاستبانات، ويطلع الأسر عليها.	٤	٣	٢	١	٠
.٣١	تقدم زيارة أو زيارتين أسبوعياً لكل فرد منتفع من خـدمات التأهيـل الأسري، من قبل كادر المركز التطوعي.	٤	٣	٢	١	٠
.٣٢	الوقت الذي تستغرقه الكوادر المتطوعة في تقديم الخـدمات للأفـراد المنتفعين مناسب.	٤	٣	٢	١	٠
.٣٣	يتلاءم سعر الخدمة المدفوع من الأفراد المنتفعين مع الخدمات المقدمة لهم.	٤	٣	٢	١	٠
.٣٤	ينوع المركز في تقديم الخدمات للأفراد المنتفعين، ويقدم لهم أكثر من برنامج وخطة تدريبية.	٤	٣	٢	١	٠
.٣٥	يرسل المركز لأسر الأفراد المنتفعين من المركز الخطـة الفرديـة، والتقارير الشهرية، والفصلية، والسنوية حول الوضع الحالي لأبنـائهم ومدى تقدمهم.	٤	٣	٢	١	٠

٣٦.	يصدر المركز نشرات تثقيفية توعوية تتيح للأفراد المنتفعين المعرفة والتثقيف بحالات الإعاقات المختلفة.	٤	٣	٢	١	٠
٣٧.	يلتزم المركز وكوادره المتطوعة بالقوانين والأنظمة في أثناء تقديمهم خدمات للأفراد المنتفعين، ويحتكمون إلى نظام داخلي.	٤	٣	٢	١	٠
٣٨.	يلتزم الكادر المتطوع في المركز بتقديم نوعية أفضل من الخدمات للأفراد المنتفعين مثل برنامج تعديل السلوك وغيرها.	٤	٣	٢	١	٠
٣٩.	يحرص المركز على دعوة الأفراد المنتفعين إلى حضور الاجتماعات والندوات التي يقيمها.	٤	٣	٢	١	٠

المحور الثاني: استخدام التكنولوجيا / الأجهزة التأهيلية / الخدمات المساندة

هي مجموعة الوسائل والطرائق والأدوات التي تقود إلى تحقيق غرض الدراسة أو هدفها "رصد لواقع الحال في المركز"؛ تسهيلاً لمهام الأفراد المنتفعين من المركز.

وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (الكوادر المتطوعة في المركز، وأسر الأفراد المنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (٤٠) إلى الفقرة (٥٠).

الرقم	فقرات المحور الثاني	**أوافق بدرجة كبيرة**	**أوافق بدرجة متوسطة**	**أوافق**	**لاأوافق بدرجة متوسطة**	**لاأوافق بدرجة كبيرة**
		٤	**٣**	**٢**	**١**	**٠**
٤٠.	يستخدم المركز، تقنيات وأجهزة حديثة ومتقدمة تسهم في تحسين نوعية الخدمة.	٤	٣	٢	١	٠
٤١.	يعد استخدام الأفراد المنتفعين للوسائل التعليمية والأجهزة التأهيلية المتوافرة في المركز كافيا.	٤	٣	٢	١	٠
٤٢.	يعد استخدام الأجهزة والأدوات المتوافرة في المركز سهلة وغير معقدة.	٤	٣	٢	١	٠
٤٣.	توجد أماكن مخصصة ومناسبة لحفظ الأجهزة التأهيلية وأدوات التكنولوجيا والوسائل التعليمية.	٤	٣	٢	١	٠
٤٤.	تتوافر للأفراد المنتفعين أجهزة ومواد تستخدم في علاج مشكلات النطق واللغة لديهم.	٤	٣	٢	١	٠
٤٥.	تتوافر للأفراد المنتفعين أجهزة ومواد تستخدم في علاجهم الطبيعي أو الوظيفي.	٤	٣	٢	١	٠

.٤٦	تتوافر للأفراد المنتفعين أجهزة ومواد تستخدم في فحص وتأهيل السمع.	٤	٣	٢	١	٠
.٤٧	تعد نوعية الأدوات والمواد والأجهزة المستخدمة في أنشطة التكنولوجيا المساندة ذات مواصفات عالية وآمنة.	٤	٣	٢	١	٠
.٤٨	تسهم تطبيقات التكنولوجيا في تسهيل عمل الفريق الذي يقدم الخدمات كافة.	٤	٣	٢	١	٠
.٤٩	تستخدم كوادر المركز الوسائل التكنولوجية الحديثة؛ لتحقيق أهداف المنهاج.	٤	٣	٢	١	٠
.٥٠	يوفر المركز وسائل تكنولوجية مساندة مراعياً حاجات الأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠

<u>المحور الثالث: درجة امتلاك المعرفة والمهارات الفنية (التقنية) ومدى استخدامها</u>

هي جملة الكفايات الفنية (التقنية) التي يتمتع فيها القائمون على خدمات المركز، وتؤهلهم للعمل بها من أجل القيام بمهماتهم على أفضل نحو.

وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (الكوادر المتطوعة في المركز، وأسر الأفراد المنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (٥١) إلى الفقرة (٨٣).

الرقم	فقرات المحور الثالث	أوافق بدرجة كبيرة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق	لاأوافق بدرجة متوسطة	لاأوافق بدرجة كبيرة
		٤	٣	٢	١	٠
.٥١	تقوم القيادة المحلية في المركز بالتنسيق مع كوادره المتطوعة ومع الأفراد المنتفعين لتحديد مدى حاجاتهم إلى الدورات التدريبية الهادفة.	٤	٣	٢	١	٠
.٥٢	يخصّص المركز أوقات محددة لتدريب المتطوعين جميعهم في أثناء الخدمة وبعدها في المركز أو خارجه.	٤	٣	٢	١	٠
.٥٣	يشرك المركز كوادره المتطوعة والأفراد المنتفعين في التخطيط للخدمات والتنسيق وإعداد الخطط مع فريق متعدد التخصصات.	٤	٣	٢	١	٠
.٥٤	يعد المركز خطة خدمات أسرية فردية (IFSP) لكل فرد منتفع من سن الولادة حتى ٤ سنوات تحتاج للتأهيل الأسري.	٤	٣	٢	١	٠
.٥٥	يعد المركز خطة تربوية فردية (IEP) وخطة تعليمية فردية (IIP) لكل فرد منتفع من سن ٤-٥ سنوات حتى ١٢-١٤ سنة تحتاج إلى الخدمة التربوية.	٤	٣	٢	١	٠

.٥٦	يعد المركز خطة انتقالية فردية (ITP) لكل فرد منتفع فوق عمر ١٤ سنة من الخدمات المهنية.	٤	٣	٢	١	٠
.٥٧	يقدم برنامج علاجي مساندة (العلاج الطبيعي أو العلاج الوظيفي أو التدريبات النطقية) مع كل خطة فردية يحتاجها الأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
.٥٨	يتمتع المركز بكوادره المتطوعة بتأهيل عِلمي مناسب (المؤهل).	٤	٣	٢	١	٠
.٥٩	يتمتع المركز بكوادره المتطوعة بتأهيل عَملي مناسب (الخبرة).	٤	٣	٢	١	٠
.٦٠	ينسق المركز مع مراكز الكشف المبكر للحصول على تشخيص للأفراد المنتفعين في أبكر وقت ممكن قبل إحالتهم.	٤	٣	٢	١	٠
.٦١	يعمل المركز على تصنيف الأفراد المنتفعين بعد تشخيصهم؛ بهدف وضعهم في صفوف وأماكن مناسبة.	٤	٣	٢	١	٠
.٦٢	يأخذ المركز بعين الاعتبار تثبيت التعلم للأفراد المنتفعين، ونقل أثره إلى أماكن مختلفة، مثل (المنزل، والمركز، والمجتمع).	٤	٣	٢	١	٠
.٦٣	يعدّ المركز تقيمًا للكوادر المتطوعة على نحو دوري كما هو منصوص عليه في القوانين والأنظمة أو وفق تعليمات المركز.	٤	٣	٢	١	٠
.٦٤	يحرص المركز على الإفادة من نتائج التقييم في تطوير العمل.	٤	٣	٢	١	٠
.٦٥	تُوظف الكوادر المتطوعة لكل فرد منتفع تقييمًا لمستوى الأداء الحالي بكل دقة، مستخدمًا إحدى أدوات القياس (الملاحظة، المقابلة، الاستبانة، الاختبارات، وغيرها).	٤	٣	٢	١	٠
.٦٦	تُدوّن لكل فرد منتفع في خطته الفردية أهدافٌ طويلة وقصيرة لمدة زمنية (فصلية أو سنوية).	٤	٣	٢	١	٠
.٦٧	يسير تدريب الأفراد المنتفعين أو تعليمهم أو تأهيلهم وفق الجدول زمني أسبوعي أو شهري على مدى فصل أو سنة دراسية.	٤	٣	٢	١	٠
.٦٨	تُعدّ الكوادر المتطوعة في المركز تقريراً دوريًا ومفصلاً عن نتائج مستوى أداء الفرد المنتفع الحالي في أثناء تقديم البرنامج الفصلي ونهايته.	٤	٣	٢	١	٠
.٦٩	تأخذ القيادة المحلية بالحسبان المستحدثات والتطورات الحديثة من الهيئات الدولية والمحلية لتعرّف ميادين التربية الخاصة.	٤	٣	٢	١	٠
.٧٠	يثري المركز خطة العمل بالاستراتيجيات والأنشطة والخدمات الصحية ضمن خطة منسقة مسبقًا.	٤	٣	٢	١	٠

٧١.	يعد طبيب المركز أو المركز الصحي برنامجًا تنظيميًا مجدولاً لمتابعة الأفراد المنتفعين دوريًا.	٤	٣	٢	١	٠
٧٢.	يطور المركز برامج تدخل سلوكي إيجابي (تعديل السلوك)؛ لمواجهة المشكلات السلوكية الصادرة عن الأفراد المنتفعين، ويطبقها وفقًا لحاجاتهم.	٤	٣	٢	١	٠
٧٣.	يقدم المركز أساليب الإرشاد الأسري، ما بين إرشاد فردي وجمعي مباشر أو غير مباشر من خلال الأخصائي النفسي أو الاجتماعي ووفق خطة فردية.	٤	٣	٢	١	٠
٧٤.	يقدم المركز تدريباً للأفراد المنتفعين يساعدهم على الاندماج المجتمعي؛ تسهيلاً لانخراطهم في الحياة اليومية.	٤	٣	٢	١	٠
٧٥.	يتم التنسيق المسبق مع الأفراد المنتفعين قبل زيارة فريق التأهيل الأسري.	٤	٣	٢	١	٠
٧٦.	يجرى عقد اجتماعات للأفراد المنتفعين بصورة دورية؛ للبحث وإبداء الرأي في الخدمات والبرامج المقدمة لهم.	٤	٣	٢	١	٠
٧٧.	يهتم المركز بالعمل التعاوني داخل المركز وخارجه مع الأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
٧٨.	يصدر المركز نشرات وبروشورات توعوية وتثقيفية تتيح للأفراد المنتفعين المعرفة.	٤	٣	٢	١	٠
٧٩.	يُقدم المركز للأفراد المنتفعين ساعات تعليم أو تدريب أو تأهيل فردية تتراوح ما بين ١-٢ ساعة يوميًا.	٤	٣	٢	١	٠
٨٠.	يشرك المركز الأفراد المنتفعين في اتخاذ القرارات الخاصة في التدريب أو التأهيل.	٤	٣	٢	١	٠
٨١.	يحرص المركز على تهيئة الظروف كافة لانتقال الأفراد المنتفعين للمجتمع المحلي (الأكاديمي، المهني) ودمجهم فيه.	٤	٣	٢	١	٠
٨٢.	يحرص المركز على تهيئة الأفراد غير المعاقين للتعامل مع الأفراد المنتفعين قبل دمجهم وبعدها.	٤	٣	٢	١	٠
٨٣.	ينمي المركز بعض المهارات التي تساعد الأفراد المنتفعين على الاندماج المجتمعي، من مثل: (اتباع الأوامر، واتباع النظام، والانتباه، والتركيز، وإنجاز المهمات).	٤	٣	٢	١	٠

المحور الرابع: كفاءة القيادة المحلية والكوادر المتطوعة

هي جملة الكفايات الإدارية أو الفنية أو كلاهما التي يتمتع بها القائمون على خدمة المركز من قيادة محلية وكوادر متطوعة؛ لتسير مهمة المركز.

وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (الكوادر المتطوعة في المركز، وأسر الأفراد المنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (٨٤) إلى الفقرة (١١٢).

الرقم	فقرات المحور الرابع	أوافق بدرجة كبيرة ٤	أوافق بدرجة متوسطة ٣	أوافق ٢	لا أوافق بدرجة متوسطة ١	لاأوافق بدرجة كبيرة ٠
٨٤.	تهتم القيادة المحلية بتحقيق جودة الخدمات، وتلتزم في ذلك.	٤	٣	٢	١	٠
٨٥.	تسهم القيادة المحلية في إيجاد الحلول للمشكلات التي تواجه الكوادر المتطوعة والأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
٨٦.	تعمل القيادة المحلية على تحسين إجراءات الخدمات تسهيلاً على الأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
٨٧.	يتوافر في المركز شخص مؤهل فنيًا وإداريًا يُشرف على إدارة المركز بصورة جيدة على نحوٍ يومي.	٤	٣	٢	١	٠
٨٨.	يتوافر في المركز أخصائيو تربية خاصة مؤهلون فنيًا وعمليًا؛ للأشراف على العمل التأهيلي.	٤	٣	٢	١	٠
٨٩.	يتوافر في المركز متطوعو تربية خاصة مؤهلون فنيًا وعمليًا؛ تنفيذاً للعمل التأهيلي.	٤	٣	٢	١	٠
٩٠.	يقوم الأخصائيون في كل اختصاص بتحديد مجال عمليات التقييم ومحتواها للأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
٩١.	يتوافر للمركز طبيب أو ممرض / ممرضة؛ لمتابعة الوضع الصحي للأفراد المنتفعين بصورة دورية.	٤	٣	٢	١	٠
٩٢.	يتوافر في المركز أخصائي اجتماعي مؤهل يتابع الأفراد المنتفعين بصورة دورية.	٤	٣	٢	١	٠
٩٣.	يتوافر في المركز أخصائي نفسي مؤهل يتابع الأفراد المنتفعين بصورة دورية.	٤	٣	٢	١	٠
٩٤.	يتوافر في المركز أخصائي تأهيل مهني مؤهل.	٤	٣	٢	١	٠
٩٥.	يتوافر في المركز معلم تربية رياضية خاصة مؤهل.	٤	٣	٢	١	٠

.٩٦	يتوافر في المركز معلم تربية فنية خاصة مؤهل.	٤	٣	٢	١	٠
.٩٧	يتواجد الأخصائيون في المركز باستمرار بصورة دورية.	٤	٣	٢	١	٠
.٩٨	يتوافر في المركز أخصائي خدمات انتقالية يقدم خدماته التأهيليّة للأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
.٩٩	يسهم أخصائي الخدمة الاجتماعية في تمكين الأفراد المنتفعين من مواجهة المشكلات الاجتماعية، والتغلب عليها.	٤	٣	٢	١	٠
.١٠٠	تتمتع الكوادر المتطوعة بالصلاحيات لحل مشكلات الأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
.١٠١	تتسم الكوادر المتطوعة بالدقة والإتقان في إنجاز الخدمات للأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
.١٠٢	يتسم مظهر الكوادر المتطوعة في المركز بالأناقة والمظهر الجيد.	٤	٣	٢	١	٠
.١٠٣	يشعر الأفراد المنتفعون بالرضا عما تقدمه الكوادر المتطوعة من خدمات تأهيلية.	٤	٣	٢	١	٠
.١٠٤	يراعي المتطوعون في تقديمهم للخدمات قدرات الأفراد المنتفعين الجسمية والصحية والعقلية.	٤	٣	٢	١	٠
.١٠٥	تبحث الكوادر المتطوعة بالشؤون الاجتماعية والنفسية الخاصة بالأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
.١٠٦	تقوم القيادة المحلية أو الكوادر المتطوعة بتحديد مواعيد التدريبات أو الزيارات المنزلية أو المدرسية للأفراد المنتفعين مسبقًا.	٤	٣	٢	١	٠
.١٠٧	تلتزم أ الكوادر المتطوعة بمواعيد الزيارات المنزلية أو المدرسية، و تعتذر عنها مسبقًا.	٤	٣	٢	١	٠
.١٠٨	تختار الكوادر المتطوعة محتوى التعليم المناسب، المصادر والأساليب التعليمية، التي تتوافق مع الفروق الثقافية والعرقية والجنسية وأنماط التعلّم للأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
.١٠٩	تصمم الكوادر المتطوعة البرامج التربوية التي تزيد من المشاركة الاجتماعية للأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
.١١٠	لدى الكوادر المتطوعة في المركز قدرة على استخدام أساليب تكييف البيئات لتحقيق الحاجات التدريبية والتعليمية والتأهيليّة الخاصة بالأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠

.١١١	يشارك أخصائيو المركز في مناقشة الخطة أمام الأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
.١١٢	تسمح الكوادر المتطوعة لأسر الأفراد المنتفعين بتنفيذ ومتابعة برنامج تعديل السلوك المطبق على أبنائهم.	٤	٣	٢	١	٠

المحور الخامس: وفرة الجاهزية المكانية (المادية) الموجودة والإمكانات المتاحة

هي البنية التحتية المتوافرة في المركز أو المتاحة له، والمستند عليها تقديم الخدمات التأهيلية للأفراد المنتفعين من المركز.

وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (الكوادر المتطوعة في المركز، وأسر الأفراد المنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (١١٣) إلى الفقرة (١٣٤).

الرقم	فقرات المحور الخامس	أوافق بدرجة كبيرة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق	لا أوافق بدرجة متوسطة	لا أوافق بدرجة كبيرة
		٤	٣	٢	١	٠
.١١٣	تتسم مرافق المركز (الحمامات، والساحات، والكفتيريا، والأماكن الترويحية، وصالات الطعام) بالنظافة والجودة والصلاحية.	٤	٣	٢	١	٠
.١١٤	المرافق الصحية في المركز كافية لتقديم الخدمات.	٤	٣	٢	١	٠
.١١٥	المرافق الصحية في المركز موزعة على نحو ملائم لتقديم الخدمات.	٤	٣	٢	١	٠
.١١٦	غرف أقسام المركز مجهزة بالإمكانات المادية: (خزانات، رفوف، مقاعد، طاولات، وسائل تعليمية، أدوات تأهيلية،...) تلبي حاجات الأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
.١١٧	يعدّ موقع المركز ملائماً من حيث تقديم الخدمات والبرامج للأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
.١١٨	تتوافر في المركز الملاعب والساحات المختلفة لممارسة الألعاب الرياضية والنشاطات.	٤	٣	٢	١	٠
.١١٩	يوجد في المركز طرق ووسائل للاستماع إلى الأفراد المنتفعين، مثل صندوق الاقتراحات والشكاوي، أو الإنترنت، أوتوعية إعلامية كافية.	٤	٣	٢	١	٠
.١٢٠	يتلاءم حجم العمل المقدم للأفراد المنتفعين مع التجهيزات الموجودة فيه.	٤	٣	٢	١	٠

١٢١.	تتوافر المياه في مغاسل دورات المياه ومراحيضها في الأوقات جميعها.	٤	٣	٢	١	٠
١٢٢.	يتوافر في المركز لوحات وأدلة إرشادية واضحة وكافية تتضمن الإجراءات والتعليمات المتبعة في المركز.	٤	٣	٢	١	٠
١٢٣.	تتلاءم أقسام المركز ومرافقه وتجهيزات المادية من حيث: (الاتساع المناسب، التهوية والإضاءة الجيدة، التدفئة والتكيف الملاءم، النظافة والترتيب).	٤	٣	٢	١	٠
١٢٤.	يتوافر في المركز شروط السلامة العامة في المبنى ومرافقه، كنظام إطفاء جيد.	٤	٣	٢	١	٠
١٢٥.	تتوافر في المركز غرف خاصة باستقبال الأفراد المنتفعين أو الزوار.	٤	٣	٢	١	٠
١٢٦.	تتوافر في المركزغرف مستقلة، خاصة بتقييم الأفراد المنتفعين من داخل المركز وخارجه.	٤	٣	٢	١	٠
١٢٧.	تتوافر في المركز غرف مستقلة لتقديم الخدمات، خاصة بالعلاج الطبيعي أوالوظيفي.	٤	٣	٢	١	٠
١٢٨.	تتوافر في المركز غرف مستقلة لتقديم الخدمات، خاصة بالتدريبات النطقية واللغوية.	٤	٣	٢	١	٠
١٢٩.	تتوافر في المركز غرف مستقلة للأفراد المنتفعين، خاصة بفحص السمع أوصنع القوالب.	٤	٣	٢	١	٠
١٣٠.	يتوافر في المركز غرفة خاصة بالتأهيل المهني مجهزة بالأدوات الخاصة لذلك.	٤	٣	٢	١	٠
١٣١.	تتوافر في المركز غرف مستقلة لتقديم الخدمات، خاصة بالتدريب الفردي.	٤	٣	٢	١	٠
١٣٢.	تتوافر في المركز غرف مستقلة لتقديم الخدمات، خاصة بالطبيب أو الممرضة.	٤	٣	٢	١	٠
١٣٣.	تتوافر في المركز غرف مستقلة، خاصة بالباحث الاجتماعي أو النفسي.	٤	٣	٢	١	٠
١٣٤.	تتوافر في المركز غرف مستقلة خاصة باجتماع فريق المركز القيادة المحلية وكوادره المتطوعة.	٤	٣	٢	١	٠

المحور السادس: وسائل التعامل الاجتماعي (التواصل) المتبعة

هي وسائل الاتصال والتواصل في المركز بين القيادة المحلية والكوادر المتطوعة مع الإفراد المنتفعين من خدماته.

وتعرف إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها أفراد العينة (الكوادر المتطوعة في المركز، وأسر الأفراد المنتفعين) على فقرات الاستبانة من الفقرة (١٣٥) إلى الفقرة (١٥٠).

الرقم	فقرات المحور السادس	أوافق بدرجة كبيرة	أوافق بدرجة متوسطة	أوافق	لا أوافق بدرجة متوسطة	لا أوافق بدرجة كبيرة
		٤	٣	٢	١	٠
١٣٥.	تهتم القيادة المحلية في المركز بمشكلات الكوادر المتطوعة والأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
١٣٦.	تتعاون الإدارة مع الكوادر المتطوعة في إنجاز خطة العمل.	٤	٣	٢	١	٠
١٣٧.	تتواصل الإدارة والكوادر المتطوعة مع المناسبات الخاصة بالأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
١٣٨.	يحترم المركز نظام المواعيد والزيارات المتبع مع الأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
١٣٩.	يشعر الأفراد المنتفعون بالراحة والاطمئنان عند التعامل مع الإدارة والكوادر المتطوعة.	٤	٣	٢	١	٠
١٤٠.	يوجد مصداقية في تعامل الإدارة والكوادر المتطوعة مع الأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
١٤١.	يسود المركز بقيادته المحلية علاقات طيبة مع مؤسسات المجتمع الداعمة (محلية، ووطنية، وأقليمية، ودولية) ذات الشأن.	٤	٣	٢	١	٠
١٤٢.	يتواصل المركز بإدارته وكوادره مع مؤسسات المجتمع، من مثل: (المدارس، أماكن العمل، ...) على نحو دوري مع الأفراد المدموجة لديهم.	٤	٣	٢	١	٠
١٤٣.	تتقبل الكوادر المتطوعة أراء الأفراد المنتفعين واقتراحاتهم في إعداد خطة أبنائهم الفردية.	٤	٣	٢	١	٠
١٤٤.	تتعاون الكوادر المتطوعة والقيادة المحلية مع الأفراد المنتفعين في تطوير برامجهم الفردية وتطبيقها.	٤	٣	٢	١	٠
١٤٥.	تُظهر الكوادر المتطوعة احترامًا إيجابيًا للثقافة، والمعتقدات الدينية، والجنس، والتوجه الجنسي نحو الأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠

١٤٦.	تلتـزم الإدارة والكـوادر المتطوعـة فـي المركـز بحقـوق الأفـراد المنتفعين، وخصوصيتهم، وسرية معلوماتهم.	٤	٣	٢	١	٠
١٤٧.	يقوم المركز بقيادته المحلية بالتخطيط وتنفيّذ اللقاءات التعاونية مع الأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
١٤٨.	يتسم الكادر المتطوع في المركز بالأخلاق الحميدة واللباقة في تعاملهم، وبسعة الأفق ورحابة الصدر عند توضيح الإجراءات المتعلقة بإنجاز الخدمات للأفراد المنتفعين.	٤	٣	٢	١	٠
١٤٩.	تهتم القيادة المحلية بمصالح الأفراد المنتفعين، وتجعلها من أولوياتها.	٤	٣	٢	١	٠
١٥٠.	يراعي المركز بكوادره الفروق الفردية بين أفراده المنتفعين من غير تمييز أومحاباة.	٤	٣	٢	١	٠

الملحق (٨)

أسماء محكمين أداة الدراسة

الرقم	اسم المحكم	الوظيفة	مكان العمل
١.	أ.د عبد الحميد الكابش	رئيس المنظمة الدولية للمعوقين وخبير تقييم تأهيل مجتمعي في الأونروا	في جمهورية مصر العربية وكالة الغوث الدولية/ الأونروا
٢.	أة. خلود الحمصي	مديرة الإعاقة في الخمس أقاليم	وكالة الغوث الدولية/ الأونروا
٣.	أة. منار أحمد حسين	مديرة برامج الإعاقة والتأهيل	وكالة الغوث الدولية
٤.	أ. سمير محمد رمضان	مدير فني لبرامج التأهيل المجتمعي ومديرسابق لبرنامج الإعاقة	المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين وكالة الغوث الدولية/ الأونروا
٥.	د. محمد الحسن	قسم الدراسات والتدريب	المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين
٦.	أ. حسين أبو فراش	قسم الدراسات والتدريب	المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين
٧.	أ. علي حسن الأسمر	رئيس لجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي	مراكز التأهيل المجتمعي
٨.	أة. إزدهار العموري	رئيسة لجنة محلية ورئيس لجنة التنسيق العليا سابقًا	مركز تأهيل مجتمعي الوحدات
٩.	د. حاتم الخمرة	محاضر في قسم التربية الخاصة	الجامعة الأردنية
١٠.	د. محمد الجابري	محاضر في قسم التربية الخاصة	الجامعة الأردنية
١١.	د. إبراهيم معالي	محاضر في قسم الارشاد وعلم النفس	الجامعة الأردنية
١٣.	د. ماجد وصفي حرب	محاضر في قسم العلوم التربوية	جامعة الزيتونة
١٤.	د. عوني شاهين	محاضر في قسم التربية الخاصة	جامعة مؤتة
١٥.	د. محمد عبد الرحمن	محاضر في قسم التربية الخاصة	جامعة مؤتة
١٦.	د. راضي أبو هواش	محاضر في قسم التربية الخاصة	جامعة الملك فهد بن عبد العزيز

الملحق (٩)

خطاب الجامعة الأردنية الموجهة إلى وكالة الغوث الدولية؛ لتسهيل مهمة الباحث

الجامعة الأردنية
THE UNIVERSITY OF JORDAN

رئـــاســـة الجامـــعـــة
University Administration

الرقم: ٤/٨/ ٥١٩٩
التاريخ: ٢/ ١٢/ ١٤٢٩هـ
الموافق: ٢٨/ ١٢/ ٢٠٠٨م

سعادة مديرة برنامج الإغاثة والخدمات الاجتماعية

وكالة الغوث الدولية

تحية طيبة وبعد،،

فأرجـــو إعلامكـــم أن الطالب محمد محمود أحمد ابراهيم، من طلبة برنامج ماجستير التربية الخاصة في كلية العلوم التربوية بالجامعة الأردنية، يقوم بإعداد رسالة بعنوان " واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد المعاقين وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية (UNRWA) في الأردن ". ويحتاج إلى تطبيق أداة دراسته على الأفراد المعوقين وأسرهم والعاملين في مراكز التأهيل المجتمعي التابع لوكالة الغوث الدولية .

وأرجو التكرم بالموافقة والايعاز للمعنيين لديكم بتسهيل مهمة الطالب المذكور أعلاه، علماً بأن المشرفة على رسالته هي الأستاذة الدكتورة منى الحديدي .

شاكرين لكم اهتمامكم بالجامعة الأردنية، وتعاونكم معها.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام.

/ رئيس الجامعة
نائب الرئيس لشؤون الكليات والمعاهد الإنسانية

(الأستاذ الدكتور صلاح جرار)

س.س

هاتف: ٥٣٥٥٠٠٠ (٦-٩٦٢) فاكس: ٥٣٥٥٥١١ (٦-٩٦٢) عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel:L (962-6) 5355000 Fax: (962-6) 5355511 AMMAN 11942 JORDAN
E-mail: admin@ju.edu.jo
http://www.ju.edu.jo

الملحق (١٠)

خطاب وكالة الغوث الدولية؛ تسهيلاً لمهمة الباحث في مراكز التأهيل المجتمعي

UNITED NATIONS
RELIEF AND WORKS AGENCY FOR PALESTINE REFUGEES IN THE NEAR EAST

NATIONS UNIES
OFFICE DE SECOURS ET DE TRAVAUX POUR LES REFUGIES DE PALESTINE DANS LE PROCHE-ORIENT

وكالة الأمم المتحدة
لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى

607312⁄4 Tel 5607194
5607436⁄4 5607398⁄4 5607374
Telex: 23402-UNRWA JFO JO
Cables: UNRWADO JO
Fax 5685476

UNRWA Jordan Field Office

Jordan Field Office
Qatana El-Janoubi
P. O. BOX 484
Amman-Jordan

الرقم : ار اس اس بي/اس اس /دي/٦٩ـ ١٣٤

التاريخ: ٤ اب ٢٠٠٨

السيد محمد محمود إبراهيم
عضو فريق الأخصائيين
عمان – الأردن.

تحية طيبة وبعد،،،

بالإشارة إلى رسالتكم المؤرخة في ٢٠٠٨/٤/٨ و المتصلة بالتحضيرات لإجراء دراسات عليا – في مجال رصد خدمات برامج التأهيل المجتمعي للأشخاص ذوي الإعاقات و أسرهم من خلال مراكز التاهيل المجتمعي في مخيمات اللاجئين الفلسطينيين في الأردن و التي ترعاها وكالة الغوث الدولية.

إننا بداية نشكر لك جهودك الدؤوبة ضمن فريق الأخصائيين، وكما نرحب بجهودك الأكاديمية في مجال اختيار رصد الخدمات المشار إليه أعلاه موضوع الرسالة للدرجة الجامعية الثانية، حيث أننا نرى في هذا المجال اثراءا لمنهج العمل العلمي، ونؤمن بانعكاساته الفنية و التقنية في تعزيز نجاح تجربتنا في العمل على التأهيل المجتمعي على امتداد عشرة مراكز مجتمعية، لها التأثير الايجابي في تمكين وتعزيز حقوق و مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقات.

على هذا الصعيد فإننا كبرنامج الإغاثة والخدمات الاجتماعية – وكالة الغوث الدولية، سنقوم بتسهيل المهام المتطلبة لإجراء هذه الدراسة وتوفير المعلومات و الأدبيات اللازمة حول فلسفة واليات التدخل و منهاج العمل الخاصة بوكالة الغوث الدولية، في مجال التعامل مع قضية الإعاقة، لتشكل إطار مرجعي محكم لهذه الدراسة.

مع خالص الشكر والتقدير،،،

مها الرنتيسي
مديرة برنامج الإغاثة و الخدمات الاجتماعية
وكالة الغوث الدولية / الأردن

نسخة مديرة الخدمات الاجتماعية بالإنابة
نسخة مديرة برنامج الإعاقة
نسخة لجنة التنسيق العليا المراكز التأهيل المجتمعي

الملحق (١١)

خطاب لجنة التنسيق العليا؛ لتسهيل مهمة الباحث في مراكز التأهيل المجتمعي

بسم الله الرحمن الرحيم

لجنة التنسيق العليا
لمراكز
التأهيل المجتمعي للمعاقين

عمان – الأردن
تلفاكس: ٤٧٢٦٠٧٤
ص.ب ٩٩٤ مخيم البقعة ١٩٣٨١

The Higher Coordination Committee
Of The CBR Centers
for The Disabled

Amman - Jordan
TeleFax: 4726074
P.O.Box 994 Baq a Camp 19381

الرقم: ١٢٦/٤٩/٢٠٠٩م
التاريخ: ٢٨/١/٢٠٠٩م

Ref :
Date:

بناءً على ما ورد في كتابكم رقم (   ) الصادر بتاريخ   / /   ،
فقد قامت وكالة الغوث الدولية (UNRWA) ولجنة التنسيق العليا لمراكز التأهيل المجتمعي بتسهيل مهمة الباحث محمد محمود أحمد إبراهيم (أحد فريق الأخصائيين لدينا) المتعلقة بإجراءات الدراسة الموصومة بـ " واقع خدمات التأهيل المجتمعي للأفراد المعاقين وأسرهم في مراكز تأهيل المجتمع المحلي التابعة لوكالة الغوث الدولية (UNRWA) في الأردن".

وذلك من خلال مخاطبة رؤساء اللجان المحلية في مراكز التأهيل العشرة، والطلب إليهم تمكينه من الإطلاع على واقع الخدمات التأهيلية، واستقاء ما يلزم من معلومات تفيد الدراسة من الأفراد العاملين والأفراد ذوي الإعاقة وأسرهم.

مؤكدين حرصنا على التواصل والتعاون مع الجهات كلها ذات العلاقة؛ خدمة للوطن والمواطن.

رئيس لجنة التنسيق العليا

علي الأسمر

الملحق (١٢)

الجدول(): توزيع الأفراد المنتفعين على الخدمات ومكان تقديمها في مراكز التأهيل المجتمعي

مكان الخدمة	نوع الخدمة	مراكز التأهيل المجتمعي										المجموع
		سوف	جرش	الحصن	البقعة	وقاص	الطالبية	حطين	إربد	الوحدات	الزرقاء	
متخصص	مركزي	٥٩	٥٠	٢٤	٥٦	٤٥	٢٩	٣٢	٦٨	٥٢	٠	٣٥٦
محددة	مركزي	٥٥	٨٦	٩٩	٨١	١٩	٦٢	٦٤	٨٠	٨٧	٢٠	٦٥٣
	منزلي	٣١	١٤٤	٤٧	٥٢	٢٨	١٣	١٢	٠	٨	٦٢	٣٩٧
دمج	أكاديمي	٢٣	١٦	١٧	٩١	٣	٥٤	٦٩	١١٦	١١	٧	٤٠٧
	مهني	٨	٣١	٥	٣٤	٦	١٤	١٠	١٧	١٢	١	١٣٨
تأهيل	مركزي	١١٥	٣٧٠	١٦٣	٢٩٦	٢٢٠	١٦٧	١٢٦	١٥٦	٢٢٠	١١٢	١٩٤٩
	مجتمعي	٩٤	١٠٣	٣٣٣	١٦٤	١١٣	٤٠٦	١٠٧	٢٤١	١٨٧	٦٢	١٨١٠
المجموع		٣٨٥	٨٠٠	٦٨٨	٧٧٤	٤٣٤	٧٤٥	٤٢٠	٦٧٨	٥٧٧	٢٦٨	٥٧٦٩

الملحق (١٣)

نموذج تحديد العينة

توزيع عينة الدراسة في مراكز التأهيل المجتمعي على الأفراد والأسر المنتفعين حسب الإعاقة

الإعاقات	الرمز	سوف (١)		جرش (٢)		الحصن (٣)		البقعة (٤)		وقاص (٥)		الطالبية (٦)		ماركا (٧)		إربد (٨)		الوحدات (٩)		الزرقاء (١٠)		المجموع
		أفراد %٥	أسر %١٥	أفراد %٥	أسر %١٥	أفراد %٥	أسر %١٥	أفراد %٥	أسر %١٥	أفراد %٥	أسر %١٥	أفراد %٥	أسر %١٥	أفراد %٥	أسر %١٥	أفراد %٥	أسر %١٥	أفراد %٥	أسر %١٥	أفراد %٥	أسر %١٥	
العقلية	١	٥	١٤	٨	٢٣	١١	٣٤	٦	١٧	٧	٢٠	٦	١٨	٥	١٥	٩	٢٧	٨	٢٣	٣	١٠	٢٦٩
السمعية	٢	٤	١١	٨	٢٤	٥	١٥	١٢	٣٦	٨	٢٣	١٤	٤٣	٦	١٨	١٠	٣٠	٤	١٤	٢	٥	٢٨٨
الحركية	٣	٦	١٨	١٠	٢٩	٨	٢٥	٨	٢٣	٤	١١	٧	٢٠	٥	١٥	٨	٢٥	٦	١٧	٤	١١	٢٣٦
البصرية	٤	٠	٠	١	٣	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	١	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	١	٧
التوحد	٥	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	١	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٢	٠	٢	٠	٠	٥
الصعوبات	٦	٢	٥	٠	٠	١	٣	٢	٥	٠	٠	٥	١٦	٠	١	٣	٨	٦	١٧	٢	٦	٧٤
النطقية	٧	٣	٦	٣	٩	٣	٩	٧	٢٠	٢	٥	٤	١٢	٤	٩	٣	٩	٣	٩	٢	٥	٩٤
السلوكية	٨	٠	٠	٥	١٤	٢	٥	١	٢	٠	٠	٠	١	٠	١	٠	٠	١	٤	٠	١	١٠
المتعددة	٩	١	٣	٦	١٧	٤	١٣	٢	٥	١	٤	٠	١	١	٢	٠	١	١	٣	١	٢	١٧
المجموع العمودي		٢١	٥٧	٤١	١٢٠	٣٤	١٠٤	٣٨	١١٠	٢٢	٦٣	٣٦	١١٢	٢١	٦٢	٣٣	١٠٢	٢٩	٨٩	١٤	٤١	١٠٠٠

الملحق (١٤)

أ- نموذج توزيع الإعاقات على مراكز التأهيل المجتمعي حسب نوع الخدمات

جدول توزيع الإعاقات على خدمات المركز التأهيلي											
اسم المركز	نوع الخدمة	نوع الإعاقة									المجموع
		العقلي	السمعي	الحركي	البصري	الصعوبات	التوحد	النطقي	السلوكي	المتعدد	
	متخصصة										
	محددة										
	دمج										
	مجتمعية										
المجموع											

ب- جدول توزيع الإعاقات على خدمات المراكز التأهيلية

جدول توزيع الإعاقات على خدمات المركز التأهيلي												
نوع الإعاقة	نوع الخدمة	مراكز التأهيل المجتمعي										المجموع
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
العقلية	متخصصة	28	26	15	19	28	13	14	10	27	0	180
	محددة	3	31	30	6	9	2	3	7	8	12	111
	دمج	2	16	3	3	8	7	8	14	4	4	69
	مجتمعية	58	80	179	83	87	100	77	152	117	48	981
المجموع		0	153	227	111	132	122	102	183	156	64	1341
السمعية	متخصصة	9	12	2	12	4	9	2	15	7	0	72
	محددة	4	3	3	4	7	2	5	15	3	5	51
	دمج	18	14	9	72	1	27	54	50	19	0	264
	مجتمعية	42	131	83	152	142	251	56	120	58	26	1061
المجموع		73	160	97	240	154	289	117	200	87	31	1448
الحركية	متخصصة	7	0	0	0	4	1	4	13	3	0	32
	محددة	58	60	21	60	15	47	51	26	47	28	413
	دمج	6	5	3	34	0	23	13	53	0	1	138
	مجتمعية	49	127	145	58	67	61	30	75	65	41	718
المجموع		120	192	169	152	86	132	98	167	115	70	1301
البصرية	متخصصة	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
	محددة	0	3	0	2	0	1	2	0	0	4	12
	دمج	0	2	0	2	0	1	0	0	0	0	5
	مجتمعية	0	15	2	0	0	1	7	0	1	1	27
المجموع		0	20	2	4	0	4	9	1	1	5	46
التوحد	متخصصة	2	0	0	0	1	1	0	4	2	0	10
	محددة	0	4	0	1	0	1	0	0	1	0	7
	دمج	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	مجتمعية	1	0	1	4	0	1	0	3	7	3	20
المجموع		3	4	1	6	1	3	0	7	10	3	38
الصعوبات	متخصصة	5	0	0	0	1	0	0	9	7	0	22
	محددة	0	0	4	10	0	6	0	5	18	7	50
	دمج	1	2	0	1	0	1	0	11	0	3	19
	مجتمعية	26	0	15	47	0	97	9	31	86	33	344
المجموع		32	2	19	58	1	104	9	56	111	43	435
النطقية	متخصصة	4	0	0	10	0	1	12	15	0	0	42
	محددة	18	26	46	24	15	11	14	25	16	10	205
	دمج	4	0	0	12	0	9	3	5	0	0	33
	مجتمعية	15	37	11	84	15	57	32	13	36	22	322
المجموع		41	63	57	130	30	78	61	58	52	32	602
السلوكية	متخصصة	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	محددة	0	38	1	0	1	0	1	0	0	6	47
	دمج	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	مجتمعية	3	55	30	15	0	5	8	2	24	2	144
المجموع		3	93	31	15	1	5	9	2	24	8	191
المتعددة	متخصصة	4	12	7	15	7	3	0	1	6	0	142
	محددة	3	65	41	26	0	5	0	2	2	10	154
	دمج	0	8	7	0	0	0	1	0	0	0	16
	مجتمعية	15	28	30	17	22	0	14	1	13	2	142
المجموع		22	113	85	58	29	8	15	4	21	12	345

THE STATUS OF REHABILITATION SERVICES FOR NEED INDIVIDUALS AND THEIR FAMILLIE IN COMMUNITY - BASED REHABILITATION PROGRAMS OF UNRWA IN JORDAN

by

Mohammad Mahmoud Ahmad Ibrahim

Supervisor

Dr. Muna Subhi Al-Hadeedi, Prof

ABSTRACT

The purpose of this study is to identify the current status of (CBR) services for (IDF) in local community rehabilitation centers (RCLC) of (J-UNRWA) from the standpoint of staff and individual stakeholders in community rehabilitation centers.

The study attempted to answer the following questions:

- What is the current status of (CBR) services for (IDF) in (RCLC) of (J-UNRWA) from the standpoint of staff (i.e. specialists and volunteers)?

- Are there differences in the current status of (CBR) services for (IDF) in (RCLC) of (J-UNRWA) attributed to rehabilitation work region, qualifications, years of experience in rehabilitation for staff (i.e. specialists and volunteers)?

- What is the current status of (CBR) services for (IDF) in (RCLC) of (J-UNRWA) from the standpoint of (ID)?

- Are differences in the status of (CBR) services for (IDF) in (RCLC) of (J-UNRWA) attributed to type of disability, type of rehabilitation services, and duration of benefit from rehabilitation services to the individuals with disabilities?

- What is the current status of (CBR) services for (IDF) in (RCLC) of (J-UNRWA) from the standpoint of the families of (ID)?

- Are differences in the status of (CBR) services for (IDF) in (RCLC) of (J-UNRWA) attributed to type of disability, type of rehabilitation services, and duration of benefit from rehabilitation services to the individuals with disabilities?

- Is there any difference between the current status of (CBR) for (IDF) in (RCLC) of (J-UNRWA) and the viewpoint of the (IDF) and that of the staff (i.e. specialists and volunteers)?

To answer questions of this study, the researcher developed a questionnaire based on relevant literature. The questionnaire was validated by a committee of specialists. To determine reliability, the (Test-re-test) and (Chronbach α-) were used.

The questionnaire consisted of two parts: Part 1 was to get general information about staff and stakeholders and Part 2 was the instrument of the study of 150 items divided into six domains. The study was implemented during the second semester of the scholastic year 2008/2009. Systematic Random samples of the study consisted of 154

participants (i.e. specialists and volunteers) (i.e. 36% of population of study) and 276 (IDF) stakeholders (64% of population of study). This brings the total number of staff and stakeholders to (430) participants.

After gathering the data, analysis was performed using the (SPSS). Means and standard deviations were obtained to determine the level of services. Analysis of variance (One - Way ANOVA) was implemented to get the differences between variables.
Results of the study showed that from the staff viewpoint, CBR services were effective in the following domains: quality of services, acquisition of technical information and professional skills, and use of social communication. While, the other three domains were given moderate estimations. As for technology domain, CBR services were poor in using technology, rehabilitation equipment, and/or support services. The other domains were given moderate estimations from the viewpoint of stakeholders. CBR services were effective in both “quality of services” and “social communication”. The other domains received moderate estimations.

There were no differences in the reality of CBR attributed to the variables of qualifications and years of experience, but there were differences due to the variable of work region in the domains of using technology, leadership effectiveness, and readiness. There were no difference in CBR due to the duration of utility of services, but there were differences due to the variable of type of disability in the domain of technical information and professional skills, and differences due to type of services in the both quality of services and social communication according to individuals with disabilities. As for (IDF), there were differences in CBR due to type of disability and duration of utility in most domains except for social communication and leadership effectiveness. There were difference in duration utility in readiness domain while there were no

significant differences in CBR due to type of service. There was consistency between staff and families viewpoint concerning CBR.

It is recommended that more future studies should be conducted such as effectiveness of CBR services in Jordan. It is also recommended to support these centers by all means.